

TARTU ÜLIKOOL
Pärnu kolledž
Sotsiaaltöö korralduse osakond

Ann Tuulikki Jürgenstein

**EESTI VAIMSE TERVISE
REHABILITATSIOONIMEESKONDADE
SOTSIAALTÖÖTAJATE VALMISOLEK
KASUTADA
JUHTUMIKORRALDUSMEETODIT
DEINSTITUTIONALISEERIMISE
LÄBIVIIMISEL**

Lõputöö

Juhendaja: Kandela Õun
Kaasjuhendaja: Külli Mäe

Pärnu 2016

Soovitan suunata kaitsmisele

(juhendaja allkiri)

.....

(kaasjuhendaja allkiri)

Kaitsmisele lubatud "...“..... a.

TÜ Pärnu kolledži osakonna juhataja

.....

(osakonna juhataja nimi ja allkiri)

Olen koostanud töö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite tööd,

põhimõttelised seisukohad, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

.....

(töö autori allkiri)

SISUKORD

Sissejuhatus	4
1. Ülevaade vaimse tervise teoreetilistest lähtekohtadest	7
1.1. Vaimse tervise mõiste ja levinumad probleemid	7
1.2. Vaimse tervise rehabilitatsioonimeeskonna koosseis ja ülesanded	11
1.3. Vaimse tervise poliitika ja regulatsioon Eesti Vabariigis	13
1.4. Juhtumikorralduse põhimõtted rehabilitatsiooniteenust osutades.....	16
1.5. Deinstitutionaliseerimise eesmärk ja läbiviimine Eestis	20
2. Uurimus vaimse tervise rehabilitatsioonimeeskondade sotsiaaltöötajate valmisolekust kasutada juhtumikorraldusmeetodit deinstitutionaliseerimise läbiviimisel.....	25
2.1. Uurimuse kontekst ja deinstitutionaliseerimise hetkeolukord Eestis	25
2.2. Uurimismetoodika, uuringu läbiviimine ja ülevaade valimist	28
2.3. Uurimistulemused ja nende analüüs.....	31
2.4. Arutelu, järeldused ja ettepanekud	37
Kokkuvõte	42
Viidatud allikad.....	44
Lisad.....	48
Lisa 1. Ankeetküsitlus	49
Lisa 2. Psüühilise erivajadustega täiskasvanutele rehabilitatsiooniteenuseid pakkuvad hoolekandeadasutused.....	54
SUMMARY	55

SISSEJUHATUS

Iga inimese tervise lahutamatuks osaks on vaimne tervis, mis iseloomustab indiviidi ja teda ümbritseva keskkonna vahekorda. Vaimne tervis on oluline, sest hõlmab inimese taju, mõtlemist ja suhtlemisviisi, mis tagavad tema igapäevaste situatsioonidega toimetuleku ja oskuse realiseerida oma võimeid. Viimastel kümnenditel on aga kogu maailmas, sh ka Eestis, tähendatud elanikkonna vaimse tervise probleemide järjepidevat kasvu. Euroopa Liidu tasandil on kaasajal psüühikahäirete ravile ja rehabilitatsioonile lähenemiseks võetud kogukonnapõhine suund ehk deinstitutionaliseerimine, mille eesmärgiks on inimese tervise normaliseerimine ja nende osalemine ühiskonnaelus. Euroopa ekspertkomisjoni juhiste järgi püütakse deinstitutionaliseerimise käigus juhtumikorralduse meetodi abil kogukonda elama asunud inimestele kindlustada järjekindel teenuste osutamine neile vajalikus mahus ja vormis.

Eestiski püütakse järgida deinstitutionaliseerimise põhimõtteid, kuid praktikas on ilmnunud probleemid seoses klientide vähesete oskuste ja teadmistega selle kohta, kuidas kasutada juhtumikorralduse teenuseid ning sotsiaaltöötajate valmisolekuga võtta enda kanda juhtumikorraldaja roll. Seetõttu on oluline uurida, kuidas hindavad Eesti vaimse tervise rehabilitatsioonimeeskonna sotsiaaltöötajad ööpäevaringselt hoolduselt väljuvate inimeste jõustatust kasutada juhtumikorralduse teenuseid ning enda oskusi ja teadmisi juhtumikorraldaja rollis.

Lõputöö eesmärgiks on anda ülevaade sellest, kuidas hindavad Eesti vaimse tervise rehabilitatsioonimeeskonda kuuluvad sotsiaaltöötajad juhtumikorraldusmeetodi kasutuse sobivust kogukonnapõhisele teenusele üleminekul.

Käesoleva lõputöö eesmärgi saavutamiseks on püstitatud järgmised uurimisküsimused:

1. Milline on klientide jõustatus juhtumikorralduse raames kogukonnapõhisele teenusele liikudes?
2. Kuidas hindavad vaimse tervise rehabilitatsioonimeeskondade sotsiaaltöötajad oma pädevust juhtumikorraldajatenä?
3. Kuidas kogukonnapõhisele rehabilitatsiooniteenusele üleminek parandab inimeste toimetulekut?

Lähtudes töö eesmärgist ja uurimisküsimustest on püstitatud uurimisülesanded:

- anda teoreetiline ülevaade vaimse tervise mõjust indiviidi elukvaliteedile;
- uurida, kuidas on Eestis reguleeritud juhtumikorraldus deinstitutionaliseerimise läbiviimisel;
- kirjeldada vaimse tervise poliitikat Eestis ning seda, kuidas toimub üleminek institutsiooniliselt hoolduselt kogukonnapõhisele hooldusele;
- viia läbi küsitlus Eesti vaimse tervise rehabilitatsioonimeeskondadesse kuuluvate sotsiaaltöötajate seas klientide juhtumikorralduse teenustest teadlikkuse ning sotsiaaltöötajate valmisoleku kohta juhtumikorraldaja rolli kandmiseks;
- analüüsida ankeetküsitluse vastuseid ning esinevaid trende;
- tuua välja deinstitutionaliseerimise protsessi juhtumikorralduse kitsaskohad ning käia välja ettepanekud selle parandamiseks.

Empiirilise materjali kogumiseks kasutati kvantitatiivset uurimismeetodi, milleks on anonüümne ankeetküsitlus. Sellisel viisil tagatakse osalejatele täielik anonüümsus ning ühtlasi on võimalik jõuda võimalikult paljude vastajateni. Andmeid analüüsitakse etappidena: andmete kogumine, töötlemine ja tõlgendamine ehk tekstianalüüs.

Töö koostamisel kasutatakse erialakirjandust, teadusartikleid, seadusandlust ning teisi erialaseid materjale. Lisaks kasutatakse mõningaid kaudviiteid, mille allikad polnud autorile kättesaadavad.

Töö koosneb kahest suuremast peatükist, mis jagunevad omakorda alapeatükkideks. Esimene peatükk keskendub töö teoreetilisele osale, kus antakse ülevaade vaimse tervise olulisust ja tähtsust indiviidile, kirjeldatakse antud valdkonda reguleerivat seadusandlust ning tuuakse välja juhtumikorralduse meetodi toimimine kogukonnapõhise hoolduse rakendamisel Eestis. Töö teine osa on empiiriline, ja antakse ülevaade uuringu läbiviimise ning koostamise kohta, tutvustatakse uuringutulemusi, viiakse läbi analüüs ning tehakse järeldused ja ettepanekud.

1. ÜLEVAADE VAIMSE TERVISE TEOREETILISTEST LÄHTEKOHTADEST

1.1. Vaimse tervise mõiste ja levinumad probleemid

Maailma Tervishoiu Organisatsioon defineerib vaimset tervist järgmiselt: „Tegemist on heaoluseisundiga, milles iga inimene realiseerib oma võimed, tuleb toime igapäevaelus ette tulevate pingetega, suudab töötada produktiivselt ja tulemusrikkalt ning on võimeline andma oma panuse ühiskonna heaks“. (Maailma Tervishoiu Organisatsioon, 2014) Üldistades saab öelda, et vaimne tervis ei tähista üksnes psüühilise erivajaduse või psüühika häire puudumist vaid hõlmab indiviidi vaimse, füüsilise ja sotsiaalse heaolu kooslust, mis määrab inimese elukvaliteedi. (Bogdanov & Pertel, 2012, lk 1)

Vaimne tervis jaguneb omakorda kaheks: positiivseks ja negatiivseks. Positiivne vaimne tervis on osa üldisest tervisest, sisaldades endas indiviidi heaolu ja elukvaliteeti. Täpsemalt sisaldab see iga üksikisiku individuaalseid tundeid, oskust tulla toime erinevate eluliste situatsioonidega, tahet seada oma elus eesmärgid ja omada toetavat keskkonda ning sotsiaalseid suhteid. (Canadian Institute..., 2009, lk 59)

Kanada Rahvatervise Agentuur on välja toonud viis peamist aspekti, mis on tarvilikud positiivse vaimse tervise olemasoluks: (Canadian Institute..., 2009, lk 10)

- oskus nautida elu;
- tulla toime igapäevaeluliste väljakutsetega;
- tagatud emotsionaalne heaolu;
- vaimne heaolu;
- sotsiaalsed sidemed ja austus kultuuri, võrdsuse, sotsiaalse õigluse ja inimväärikuse vastu.

Negatiivne vaimne tervis hõlmab psüühikahäireid ja mentaalseid probleeme ühes iseloomulike sümptomitega. (Lavikainen *et al.*, 2006, lk 16) Väljakujunenud psüühikahäireid on võimalik diagnoosida, kui sümptomid kestavad pikemat aega, ei allu indiviidi kontrollile ega pole põhjustatud võimalikest välistest mõjudest, mis võiksid vähendada inimese funktsionaalset suutlikkust. (Lavikainen *et al.*, 2006, lk 16) Samas võivad vaimse tervise häired esineda ka siis, kui tõsisema psüühikahäire diagnoosimiseks ei ole alust. Sellisel juhul on tegemist stressi tulemusel tekkinud tervisekahjudega, mis pikapeale kogunedes ja üha suuremaks kasvades on riskiteguriks psüühikahäire kujunemisele. (Vaimne Tervis, 2015)

Tänaseks päevaks on vaimse tervise häired saanud üha laiaulatuslikumaks globaalseks probleemiks. Euroopas on halvas seisus vaimsest tervisest saanud oluline rahvatervise probleem, mis toob väljakutseid nii patsientidele, kui ka nende peredele, luues samal ajal ka majanduslikku koormust kogu ühiskonnale. (Prague Psychiatric Center, 2010, lk 5) Uuringute kohaselt kulutatakse vaimse tervise probleemidele riigiti keskmiselt 3–4% sisemajanduse kogutoodangust, mis sisaldab tervishoiu ja sotsiaalteenuste maksumusi. Peale selle lisandub vaimse tervise kulude hulka ka rahaliselt mittemõõdetavad aspektid nagu töötus, töövõime alanemine, mõjud perekonnale ja hooldajatele, kriminogeensusele, turvalisusele ning soosing enneaegse suremuse kasvule. (Ülevaade Vaimse Tervise..., 2015)

Maailma Tervishoiu Organisatsiooni andmetel kannatab umbes 25% kogu maailma elanikkonnast psüühikahäirete käes. Nendest inimestest vaid 40%-l diagnoositakse tema haigus ning pakutakse ravi. Vaimse tervise häired moodustavad ligikaudu 27% Euroopa haiguskoormusest. Kõige sagedasemalt levinud psüühikahäirete levimus rahvastikus on vastavalt ärevushäiretel (14%), meeleoluhäiretel (7,8%; sh depressioon 6,9%), somatoformsetel häiretel (4,9%) ja alkoholisõltuvusel (3,4%). (Improving health systems 2007, viidatud Bogdanov & Pertel, 2012, lk 4 vahendusel)

Psüühikahäirete suurimateks põhjustajateks peetakse naiste seas haiguskoormusega kaasnevat depressiooni ja meestel liigset alkohoolikasutamist. Siiski pole võimalik väita midagi lõpplikku tuginedes depressiooni ja alkohoolikasutamisest tingitud ametliku statistika põhjal, sest tegemist on diagnoosipõhise statistikaga, mis kuvab pigem ise

ravile pöördunute arvu kui tegelikku abivajajate hulka. Suuremat osa maailma riike iseloomustabki tendents, kus on arvukalt vaimse tervise teenuse vajajaid ja vähe neid, kes neid tegelikult kasutavad. Sellest tulenevalt on maailma riikidest vähem kui 28% neid, kes omavad vaimse tervise teenuste jaoks eraldi eelarvet ja kvalifitseeritud inimressurssi vaimse tervise valdkonnas tegutsemiseks. (Wittchen *et al.*, 2011, viidatud Bogdanov & Pertel 2012, lk 4 vahendusel)

Statistikaameti (2015) andmete kohaselt on Eestis puudega inimeste arv ja osakaal rahvastikus viimastel aastatel püsivalt suurenenud. 2014. aasta 1. jaanuari seisuga moodustasid puudega inimesed kogu rahvastikust 10,7%, mis arvuliselt on 141 026 isikut, kellel on määratletud puude raskusaste. Sotsiaalse turvalisuse, kaasatuse ja võrdsete võimaluste arengukava 2016–2023 (2015, lk 9) järgi on käesoleval hetkel igal üheksandal inimesel kehvtiv määratletud raskusastmega puue.

Sotsiaalse turvalisuse, kaasatuse ja võrdsete võimaluste arengukavas 2016–2023 seisab, et Eestis on domineerivaks puudeks liikumispuue, mis on diagnoositud 30%-l puudega inimestest. Samas on kasvavaks trendiks ka psüühikahäiretega inimeste osakaalu suurenemine rahvastikus. 2014. aasta andmete kohaselt oli psüühikahäirega inimesi 22 225 isikut, mis moodustab 16% kõigist puudega inimestest Eestis. Seejuures on igal neljandal kõigist puudega inimestest (26%) määratud liitpuude. (Sotsiaalministeerium, 2015, lk 21) Erihoolekande arengukava 2014–2020 kohaselt on omakorda ligi 6%-l neist psüühikahäire liitpuude koosseisus. Seega on Eestis psüühikahäirega inimesi puudega inimeste seas ligikaudu 22%. (Sotsiaalministeerium, 2014a, lk 5)

Lisaks on tähendatud, et 55% inimestest, kellel domineeriv puue on psüühikahäire, on naised. Naiste osatähtsus on kõrgem 65-aastaste ja vanemate inimeste seas (71%) ning madalam aga alla 18-aastaste seas (35%). Vanuse poolest on psüühikahäirega inimeste seas kõige enam 18–64-aastaseid (76% ehk 16 458 inimest) 65-aastaseid ja vanemaid inimesi on 18% (3921 inimest). Kõige vähem on psüühikahäirega inimeste seas alla 18-aastaseid (6% ehk 1190 inimest). (Sotsiaalministeerium, 2014a, lk 5-6)

Geograafilise paiknevuse järgi on psüühikahäiretega inimeste arv kõige suurem Tartu maakonnas (ligi 3000 inimest). Sellele järgneb Ida-Viru maakond (ligi 2500 inimest) ja

Jõgeva maakond (umbes 2100 inimest). Kõige väiksem hulk psüühilise puudega inimesi on Hiiu maakonnas (alla 100 inimese). Psüühikahäirega (domineeriv puue) inimestest 65% on raske puudega, 25% keskmise puudega ja 10% sügava puudega. (Sotsiaalministeerium, 2014a, lk 6)

Toetudes eelnevalt väljatoodud statististilistele andemetel, saab öelda, et tegemist on laiaulatusliku probleemiga, mille osakaal on kasvamas ka Eestis. Sellest tulenevalt on oluline välja töötada ja arendada teenuseid psüühikahäirega inimeste ühiskonnaelus osalemise võimaluste suurendamiseks ja parandamiseks. (Sotsiaalministeerium, 2014a, lk 8) Hetkel on Eestis kokku 40 psüühilise erivajadusega inimestele ööpäevaringseid erihoolekandeteenuseid pakkuvat erihoolekandeesutust. Nendes ööpäevaringsetes hoolekandeesutustes oli 1. oktoobri 2014. aasta seisuga 2744 isikut. (Sotsiaalministeerium, 2014b, lk 5) Samas ei peeta haiglat või hoolekandeesakonda koos koridoride, magamistubade, personali- ja laoruumidega piisavalt sobilikuks keskkonnaks probleemse käitumise ennetuseks. Ekspertide sõnul on füüsilise keskkonna juures oluliseks loomulikkus ja kodusarnasus. (Tõnisson *et al.*, 2011, lk 15-16)

Sellest tulenevalt on Euroopas võetud uueks sihiks väljuda institutsionaalselt hoolduselt, ning võtta kasutusele kogukonnapõhine hooldus, mille eelis seisneb võimaluses pöörata inimestele enam individuaalset tähelepanu ning ühtlasi lihtsustab see ka sulandumist kogukonda. Institutsionaalselt hoolduselt üleminekuks töötas Euroopa Komisjoni ekspertrühm välja 2012. aasta lõpuks juhised kõigile liikmesriikidele. (Institutsionaalselt hooldusmudelilt kogukonnapõhisele ülemineku Euroopa ekspertrühm, 2012) Nende juhiste järgi on Eesti Sotsiaalministeeriumi erihoolekande arengukava 2014-2020 tulevikuvisionis seatud eesmärgiks reorganiseerida üle 30-kohalised teenusekohad ning eelisarendada toetavate teenuste pakkumist ja osutamist, keskendudes isikukesksete ja kvaliteetsete teenuste arendamisele kogukonnapõhiselt. (Sotsiaalministeerium, 2014a, lk 21)

Seega võib öelda, et vaimne tervis on tihedalt seotud inimese sisemise heaoluga, mõjutades tema igapäevast elu, suhteid ja isegi füüsilist tervist. Üha enam on maailmas laiemat kõlapinda leidnud vaimset tervist mõjutavad kahjulikud riskifaktorid, mille tulemusel pole inimesel võimalik olla aktiivne ühiskonna liige ning mis võivad kaasa

tuua lisaks isikliku tasandi probleemidele koormuse ühiskonna majandusele. Uue tendentsina on Euroopas võetud suund institutsionaalselt kogukonnapõhisele süsteemile ülemineku kohta. Läbiviidava muudatuse eesmärk on pakkuda erihoolekandeteenuseid kogukonnapõhiselt väiksemates teenuseüksustes, et vältida sotsiaalset tõrjutust.

1.2. Vaimse tervise rehabilitatsioonimeeskonna koosseis ja ülesanded

Rehabilitatsioonimeeskond on rehabilitatsiooniteenuse osutaja moodustatud üksus, kuhu kuuluvad rehabilitatsiooniteenuse raames teenuseid osutavad spetsialistid. (Sotsiaalkindlustusamet, 2011, lk 2) Rehabilitatsiooni meeskonnad töötavad selle nimel, et vaimse tervise probleemiga isikul, kellel on oma haigusest tingituna madal elukvaliteet ning sotsiaalne kaasatus, edendaksid oma iseseisvust ja sõltumatust nii, et nad saaksid olla võrdväärsed teiste ühiskonnaliikmetega. (Mental Health Commission Research..., 2007, lk 6)

Rehabilitatsioonimeeskonna koosseis on sätestatud Sotsiaalhoolekandeseaduse (SHS) §68 punkt 1 järgi, mis ütleb et rehabilitatsioonimeeskond koosneb vähemalt kolmest erinevast spetsialistist, kellest ühel on kutseseaduse alusel välja antud sotsiaaltöötaja kutse, riiklikult tunnustatud kõrgharidus sotsiaaltöös või sellele vastav kvalifikatsioon. Ülejäänud meeskonda kuuluvad spetsialistid võivad olla järgmised: psühholoog, arst, õde, tegevusterapeut, eripedagoog, logopeed või füsioterapeut. (Tallinna vaimse Tervise..., s.a.) Samuti saab rehabilitatsioonimeeskonda vajadusel kaasata ka kogemusnõustaja. Nende ülesandeks on inimese seisundi kindlaks tegemine ning lähtuvalt sellest järelduste tegemine, milliseid teenuseid ja millises mahus isik vajab oma tegevusvõime arendamiseks ja taastamiseks. (Sotsiaalhoolekande seadus, 2016)

Järgnevalt on välja toodud rehabilitatsioonimeeskondadesse kuuluvate spetsialistide tööülesanded, hindamaks kliendi seisundit ja tegevusvõimet (Tallinna Vaimse Tervise..., s.a.):

- Sotsiaaltöötaja annab nõu, kuidas parandada oma sotsiaalset ja majanduslikku toimetulekut. Saab infot sotsiaalteenuste ja -toetuste kohta, samuti selle kohta, kust vajadusel saada tasuta õigusabi ning milline on asjaajamiste kord ametiasutustes. Sotsiaaltöötaja on ka kontaktisikuks kogu rehabilitatsiooniteenuse vältel ning tema poole saab pöörduda kõigis teenusega seotud küsimustes.
- Psühholoog annab nõu, kuidas saada hakkama emotsionaalsete pingete, stressi ja ärevusega. Samuti on pingeliste pere- või paarisuhete korral võimalik saada perenõustamist.
- Tegevusterapeut juhendab, kuidas igapäevaste asjadega paremini toime tulla, näiteks kuidas koostada eelarvet või teha majapidamistöid. Samuti annab ta nõu, kuidas leida tööd ning kuidas veeta vaba aega huvitavalt ja eesmärgistatult.
- Psühhiaater ja psühhiaatriaõde nõustavad tervisega seotud küsimustes, et mõista paremini haigust ja osata kontrollida selle sümptomeid. Lisaks saab nõu ka tervislike eluviiside kohta.

Erinevad erialaspetsialistid annavad oma hinnangu, mille põhjal kujuneb kliendi probleemidest terviklik ülevaade. Seejuures on oluline rehabilitatsioonimeeskonna spetsialistide omavaheline koostöö, et saavutada parim võimalik tulemus kliendi jaoks.

Kliendiga tegeleva meeskonna suurus sõltub patsiendi vajadustest. Olenemata meeskonna suurusest, tegutsetakse ühise eesmärgi nimel, eesmärgiga näha kliendi vajadusi ühtse tervikuna. Meeskonna liikmed peavad olema koostööaltid, toetavad ja teadlikud üksteise rollidest, mitte lähtuma oma eriala staatusest. (Eldar *et al.*, 2008, lk 353)

Rehabilitatsioonimeeskonna ülesanne on pakkuda teenust, mille eesmärk on parandada inimese iseseisvat toimetulekut, suurendada tema ühiskonda kaasatust ning toetada haigusest taastumist. Rehabilitatsioonimeeskond koosneb mitmetest erialaspetsialistidest, kes tunnevad oma tööd ning oskavad inimese probleeme määratleda ja hinnata nende teenuste vajadust.

1.3. Vaimse tervise poliitika ja regulatsioon Eesti Vabariigis

Pea kogu inimkonna ajaloo vältel on vaimse tervise häiretega isikute õigusi pisendatud ja piiratud. Tänapäeval püütakse seda tendentsi muuta läbi õiguslike meetmete, mille eesmärgiks on kaitsta nende isikute õigusi ja eneseväärikust. Maailma Tervishoiu Organisatsioon määratleb vaimse tervise poliitikat kui tulevikuvisioni riigi elanikkonna vaimsest tervisest, täpsustades tööraamistiku, mille abil püütakse vaimu- ja neuroloogilisi häireid vältida ning kontrolli all hoida. (World Health Organization, *n.d.*) Valdaval enamikul riikidest on selleks välja töötatud oma vaimse tervise seadus, kuid leidub ka neid riike, nende hulgas Eesti, kus vaimne tervisega seonduv on reguleeritud eri seaduste, määruste ja õigusaktide kaudu.

Vaimse tervise probleemid on tituleeritud üheks suuremaks väljakutseks tervishoiu süsteemile 21. sajandil. Sellest tulenevalt on Ühinenud Rahvaste Organisatsioon, Euroopa Liit ja Euroopa Nõukogu koostanud rahvusvahelise õiguse instrumentid, mille eesmärgiks on kaitsta vaimse tervise probleemidega isikute õigusi ja samas anda metodoloogilised juhtnöörid riikidele asjakohase seadusandluse koostamiseks. (Amos, 2009, lk 17)

Amos (2009, lk 18) kirjutab, et globaalsel tasandil on humaanprobleemide, sh ka vaimse tervise probleemide lahendamisel olulisteks agentuurideks Ühinenud Rahvaste Organisatsioon ja Maailma Tervishoiu Organisatsioon. Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni süsteemil on kuus peamist organit – esindajatekogu, julgeolekukogu, peaassamblee, majandus- ja sotsiaalkogu, rahvusvaheline kohus ja sekretariaat. Üheks majandus- ja sotsiaalkogu haldusalas tegutsevaks spetsialiseeritud agentuuriks on Maailma Terviseorganisatsioon, kelle peamisteks ülesanneteks on olla eestvedaja globaalsete terviseküsimuste lahendamisel, seal hulgas ka vaimsesse tervisesse puutuvate probleemide lahendamisel.

Üheks olulisemaks vaimse tervise problemaatikale keskenduvaks aktiks on ÜRO poolt 1991. aastal vastu võetud vaimse tervise häiretega isikute kaitse ja vaimse tervise teenuste parandamise põhiprintsiibid. Nimetatud dokumendi 24 printsiibi kohaselt ei laiene dokumendis toodud põhimõtted ja kaitsemehhanismid mitte ainult vaimse

tervise häiretega isikutele, vaid kõigile psühhiaatrilise abi osutaja juures viibivatele isikutele. (ÜRO vaimse tervise häiretega isikute kaitse ja vaimse tervise teenuste parandamise põhiprintsiibid, viidatud Amos, 2009, lk 18)

Teiseks oluliseks Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni poolt loodud vaimse tervise probleemidega inimeste õiguskaitse dokumendiks on puuetega inimeste õiguste konventsioon ja fakultatiivprotokoll (2012), mille eesmärk on edendada, kaitsta ja tagada kõigi inimõiguste ja põhivabaduste täielikku ja võrdset teostamist kõigi puudega inimeste poolt ning edendada lugupidamist nende loomupärase väärkuse suhtes. Kõik selle konventsiooniga liitunud riigid on kohustatud rakendama ja tutvustama meetmeid edendamaks puudega inimeste õigusi ilma neid diskrimineerimata. Meetmed hõlmavad vajadusel diskrimineerimisvastaste õigusaktide vastuvõtmist, selliste õigusaktide ja praktikate kõrvaldamist, mis diskrimineerivad puudega inimesi, samuti puudega inimeste kaasamist uute poliitikate ja programmide väljatöötamisse. (Seletuskiri, *n.d.*, lk 1)

Euroopaski on koostatud erinevate õigusaktide ja määruste näol kohustuslikud nõuded kõikidele liitunud riikidele, et arvestada vaimse tervise küsimuste reguleerimist nendes riikides. Euroopa Nõukogu Parlamentaarse Assamblee kehtestas 2009. aastal vaimse tervise häirega isikute õigusi puudutava resolutsiooni puuetega inimeste ligipääsust õigustele ning nende täieulatuslikust ja aktiivsest osalusest ühiskonnas. Muu hulgas käsitleb nimetatud resolutsioon vaimse tervise häirega isikute teovõimet, kinnistesse asutustesse paigutamise vältimist, integreerimist tööturule, vajadustele vastava hariduse kättesaadavust, iseseisva liikumise võimalusi ning kohaste terviseteenuste kättesaadavust. (Amos, 2009, lk 19)

Lisaks on Euroopa Liidus kehtiv Euroopa Parlamendi ja Nõukogu poolne määrus, millega luuakse liidu kolmas tervisevaldkonna tegevusprogramm aastateks 2014–2020. Selles määruses tuuakse välja soovitus keskenduda mitte üksnes inimeste füüsilisele tervisele, vaid ka vaimsele. Seejuures on kõigil liikmesriikidel kohustus oma tervishoiumeetmete kujundamisel arvestada määruses välja toodud meetmetega. (Amos, 2009, lk 19)

Enamik Euroopa Liidu liikmesriike omab selgelt defineeritud riiklikku vaimse tervise poliitikat. 2008. a Maailma Tervishoiu Organisatsiooni raportis „Policies and Practices for Mental Health in Europe“ toodi 42-st Euroopa regiooni liikmesriigist välja vaid neli (Eesti, Gruusia, Moldova, Aserbaidžaan), kus ei ole kehtestatud vaimse tervise poliitikat. (Maailma Tervishoiu Organisatsioon, 2008, lk 11) Eestis on vaimse tervise valdkond reguleeritud seadustega, mis otseselt või kaudselt mõjutavad vaimse tervise teenuste süsteemi kujunemist. Inimese õigus tervisekaitsele on tagatud põhiseadusega, mille järgi igaühel on õigus riigi abile vanaduse, töövõimetuse, toitjakaotuse ja puuduse korral. Konkreetsemalt vaimse tervise valdkonda käsitlevast regulatsioonist on võimalik välja tuua psühhiaatrilise abi seadus ja sotsiaalhoolekandeseadus. (Bogdanov & Pertel, 2012, lk 9)

Psühhiaatrilise abi seaduse § 7 kohaselt korraldab psüühikahäireid ennetavat tegevust Sotsiaalministeerium. (Psühhiaatrilise abi seadus, 1997) Seaduses ei ole aga fikseeritud ennetava tegevuse eesmärki, riigi kohustusi vaimse tervise vallas üldisemalt ega ka ennetustegevuse ulatust. (Bogdanov & Pertel, 2012, lk 10) Sotsiaalhoolekandeseadus (SHS) fikseerib kohaliku omavalitsuse poolt osutavate sotsiaalteenuste miinimumnõuded ning rehabilitatsiooniteenuste osutamise korra. (Sotsiaalhoolekandeseadus, 2015) Ehkki mõlemad seadused reguleerivad vaimse tervise valdkonna tegevusi, ei taga taoline killustatud süsteem valdkondade ülese vastutuse selgust ning pärsib ühiskonna vähest teadlikkust psüühika- ja käitumishäiretest ning abi saamisest.

Vaimse tervise seotud valdkondade ühe peamiseks probleemiks peetakse keskendumist pigem tagajärgede likvideerimisele kui vaimse tervise edendamisele ja vaimse tervise probleemide ennetamisele. Samuti toodi välja, et vaimse tervise teenused on süsteemikesksed, puudulikult koordineeritud ja alafinantseeritud. Kuna vaimse tervise teenuste kättesaadavus sõltub peamiselt rahastamisest ja rahastamise põhimõtted on teenusekesksed, mitte niivõrd inimesekesksed, siis kasutatakse ressursse ebaefektiivselt ning tulemuseks on teenuste madal ja ebaühtlane kvaliteet koos vähese kättesaadavuse ja puuduliku õiguskaitse süsteemiga. (Bogdanov & Pertel, 2012, lk 11) Lisaks sellele on 2006. aastal Euroopa Komisjoni raportis mainitud, et liigselt projektipõhine vaimse

tervise edendamine ja vaimse tervise häirete ennetamine Eestis ei ole jätkusuutlik ja kuluefektiivne ning seetõttu tuleks välja töötada laiem tegevusraamistik. (Jané-Llopis & Anderson, 2006, lk 59)

Võrreldes teiste riikidega on Eestis vaimse tervise poliitika vähem väärtustatud. Selle olukorra parandamiseks oleks tarvis elanikkonna laiemat teavitamist ja vaimse tervise alase edendus- ja ennetustöö tõhustamist ning edendus- ja ennetustöö kohustuste õiguslikku määratlemist. Samuti on vajalik abiandjate täiendavat ja jätkuvat koolitust, supervisiooni ja rahastamist. (Bogdanov & Pertel, 2012, lk 11) Positiivseks arenguks võib pidada asjaolu, et käesoleva aasta jooksul on valminud Eesti Vaimse Tervise ja Heaolu Koalitsiooni (VATEK) poolt dokument „Vaimse tervise ja heaolu strateegia 2016-20130“, mis on mõeldud ühiskonna teadlikkuse tõstmiseks vaimsest tervisest ning aluseks Eesti vaimse tervise poliitika arengule.

Vaimse tervise poliitika toob välja regionaalse vaimse tervise raamistiku kirjeldades seda, kuidas on organiseeritud vaimse tervise teenuste osutamine ja vaimse tervise alane ennetustegevus, samuti regulatsioonid, mis tagavad vaimse tervise probleemidega inimeste õigused. Samas on vaimse tervise poliitikasse suhtumine riigiti väga erinev. Sellele vaatamata püüavad erinevad maailmaorganisatsioonid vaimse tervise kaitsetegureid tugevdada individuaalsel, kogukondlikul, struktureeritud ja poliitilisel tasandil.

1.4. Juhtumikorralduse põhimõtted rehabilitatsiooniteenust osutades

Juhtumikorraldus on meetod, mis on mõeldud indiviidi sotsiaalse funktsioneerimise arendamiseks ja parandamiseks igapäevases elus. Selle meetodi peamiseks eesmärgiks on tagada inimesele tema jaoks vastavad teenused ja toetused ning teised ressursid, mis suudaksid pakkuda individuaalsetest vajadustest lähtuvat abi. (Sotsiaalministeerium, Tartu Ülikool Pärnu kolledž, 2012, lk 4)

Vajaduse juhtumikorralduse järgi on tinginud mittetäielik teenuste võrk, kus teatud teenused ei ole kõikidele klientidele kättesaadavad või puuduvad täiesti. Sellega seoses

on juhtumikorraldus töömeetodina kasutusel erinevates teenuseid pakkuvates institutsioonides nii avalikus, kolmandas kui ka erasektoris. Tänapäeval teenib juhtumikorraldus väga erinevate kliendigruppide huve ning juhtumikorraldaja rolli täidavad erinevate alade professionaalid, sealhulgas sotsiaaltöötajad, lastekaitse-, vaimse tervise ja rehabilitatsioonispetsialistid ning kriminaalhooldajad. (Sotsiaalministeerium, 2006, lk 3) Juhtumikorraldaja tegevusest sõltub juhtumikorralduse edukas läbiviimine, mille lõpptulemusel kliendi toimetulek paraneb. Järgnevalt on välja toodud juhtumikorraldaja olulisemad tegevused juhtumikorralduse käsiraamatust (Sotsiaalministeerium, 2006, lk 5):

- Juhtumikorraldaja on hindaja, kes uurib klienti kui tervikut tema sotsiaalses kontekstis eesmärgiga selgitada välja kliendi võimalused ja piirangud tema konkreetsetes elukeskkonnas.
- Juhtumikorraldaja on planeerija, kelle ülesanne on leida sobivad võimalused muudatuste tegemiseks nii kliendi kui ka tema keskkonna tasandil.
- Juhtumikorraldaja on vahendaja, kes suunab kliendi vajaliku abi juurde õigel ajal ning tagab osutatava abi järjepidevuse.
- Vajaduse korral on juhtumikorraldaja eestkostja, kes seisab selle eest, et kliendil oleks juurdepääs õigustatud abile.

Antud loetelu põhjal saame öelda, et juhtumikorraldaja on spetsialist, kes kannab vastutust juhtumi läbiviimise kulgemise eest, hinnates kliendi vajadusi ja võimalusi, planeerides ja viies läbi tegevusi, mis aitavad kohandada muutusi kliendi elukeskkonnas ning vahendada kliendile vajalikke teenuseid ja muud abi. (Sotsiaalministeerium, Tartu Ülikool Pärnu kolledž, 2012, lk 4)

Juhtumikorraldust rehabilitatsiooni valdkonnas toimub isikutega, kelle sotsiaalset toimetulekut takistavad probleemid, mida ei ole võimalik lahendada üksnes rehabilitatsioonivaldkonna abimeetmetega ning isik vajab kompleksset abi, mis eeldab mitme erineva valdkonna spetsialistide koostööd. (Sotsiaalministeerium, Tartu Ülikooli Pärnu kolledž, 2012, lk 29) Juhtumi koordineerimise eest vastutab olenevalt juhtumist kas rehabilitatsioonispetsialist, Kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja või kriminaalhooldaja. (Sotsiaalministeerium, Tartu Ülikooli Pärnu kolledž, 2012, lk 31)

Juhtumikorralduse tööprotsess rehabilitatsioonivaldkonnas koosneb eri etappidest. Esmalt viib rehabilitatsioonispetsialist läbi esmase infokogumise, mille eesmärk on otsustada, kas isiku abistamiseks on vaja rakendada juhtumikorraldust. Seejärel uurib rehabilitatsioonispetsialist, kas abivajava isiku kohta on piisavalt informatsiooni valiku tegemiseks edasise sekkumise viisi kohta. Kui info on ebapiisav, viib rehabilitatsioonispetsialist läbi põhjalikuma infokogumise. Edasine tegevus on kliendi hindamine, kus selgitatakse välja kliendi toimetulekut takistavad probleemid ja toetavad ressursid. Seejuures ei ühti hindamine juhtumikorralduse protsessis rehabilitatsioonivajaduse hindamisega, vaid sisaldab mitmete abimeetmeid osutavate organisatsioonide esindajate ühist hindamistegevust. Klient ja hindamismeeskond määratlevad ühiselt lahendamist vajava probleemi, edasise koostöö eesmärgid ja nende saavutamise tähtajad ning kliendi ettekujutuse probleemi lahenduse käigust. Peale seda tuleb valida välja sobivad abimeetmed ja sõlmida nende rakendamiseks kokkulepped kliendi ja abiosutajatega. Juhtumikorraldaja tutvustab kliendi vajadusi abimeedet korraldavale organisatsioonile ning peab läbirääkimisi, millises ulatuses ja millisel viisil organisatsioon hakkab abi osutama. Seejärel koostatakse juhtumiplaan koos tegevuskavaga, mis tugineb konkreetse kliendi vajadustele ning kohustab kõiki osapooli sellest kinni pidama. Edaspidi viiakse koostatud tegevuskava ellu ning jälgitakse selle tegevust, vajadusel koordineeritakse ka abiosutajate tegevust, lepitakse kliendi ja abiosutaja vahel kokku kohtumisi. Hiljem hinnatakse koostatud tegevuskava tulemuslikkust ning vastavalt sellele tehakse põhjendatud otsus edasise tegutsemise osas. Mõnel juhul võib jätkata eelnevalt koostatud tegevuskava, teisalt tuleb ehk hoopis uus tegevuskava koostada. Kõik see sõltub kliendist ja tema tahtest, sest kergemate klientide puhul on võimalik ka kohe edasi liikuda järgmisesse faasi, milleks on juhtumi lõpetamine. (Sotsiaalministeerium, Tartu Ülikool Pärnu kolledž, 2012, lk 30-35)

Eestis on juhtumikorraldus meetod leidnud laiemat tähelepanu alates 2004. aastast uute hoolekande ja tööturumeetmete kontseptsioonide tõttu, mille kandvaks põhimõtteks on individuaalne lähenemine kliendile. (Sotsiaalministeerium, Tartu Ülikooli Pärnu kolledž, 2006, lk 3)

Oluliseks abiks on juhtumikorralduse elluviimisel Eesti sotsiaalteenuste vallas olnud 2012. aastal Tartu Ülikooli Pärnu kolledži poolt välja töötatud juhised juhtumipõhise võrgustikutöö meetodi rakendamiseks. See dokument on koostatud eesmärgiga aidata juhtumipõhise võrgustikutöö tegemist praktikas sotsiaalspetsialistide hulgas, tugevdada sotsiaalvaldkondade omavahelist koostööd ning aidata kaasa klientide kaasamise tavaesse juhtumikorralduse protsessis. (Sotsiaalministeerium, Tartu Ülikooli Pärnu kolledž, 2012)

Juhtumikorralduse juhised rõhutavad, et iga juhtumi läbiviimisel on eriline tähtsus abipakkuvate organisatsioonide ja spetsialistide omavahelisel koostööl ning kliendi kaasamisel protsessis. Sotsiaalministeeriumi ja justiitsministeeriumi tellimusel 2011 a. aprillis KPMG Baltics OÜ poolt valminud uuringu „Kliendikeskne esmatasandi juhtumitöö ning juhtumikorraldus sotsiaalkaitse tervikliku koostoime tagamisel“ tulemused, aga näitavad tõsiasi, et praktikas need põhimõtted ei tööta.

Rehabilitatsiooniteenusel oleva abivajava isiku sotsiaalsete vajaduste kaitseks on oluline eelkõige koostöö sotsiaalkaitseorganisatsioonide vahel ja ühine tegutsemine teatud valdkondades. (Sotsiaalministeerium, 2011, lk 104) Rehabilitatsiooniteenuste osutamisel tehakse koostööd eelkõige teiste rehabilitatsiooniteenuse osutajate ja piirkonna sotsiaalhoolekandenasutustega. Läbiviidud uuringu käigus kirjeldasid rehabilitatsioonispetsialistid, et koostöö korraldus teiste organisatsioonide spetsialistidega sõltub suuresti spetsialistidest, nende töökorraldusest ja soovist teha koostööd. (Sotsiaalministeerium, 2011, lk 48) Sellest tulenevalt ongi üheks kitsaskohaks rehabilitatsiooniteenuse osutamisel eri valdkondade meetmete koostoime analüüsi puudus. Võimaliku lahendusena pakkusid rehabilitatsioonispetsialistid välja idee koostada tulevikus üks terviklik tegevuskava, mis hõlmab nii rehabilitatsioonimeetmeid kui ka kohaliku omavalitsuse või teiste organisatsioonide poolt osutatavaid meetmeid. (Sotsiaalministeerium, 2011, lk 50)

Teiseks on juhtumikorralduse rakendamisel praktikas peetud oluliseks abi vajava isiku enese vastutusevõtmine probleemolukorra lahendamise protsessis ja tema osalus ning koostööd spetsialistidega. Uuringu tulemused aga näitavad, et tegelikkuses pole isikute kaasatus lahenduste väljatöötamisel piisav. Sellel on mitu põhjust, mõnel juhul tahab

isik ise anda vastutuse üle professionaalidele, mõnel juhul vahetavad spetsialistid omavahel infot, teevad kiiresti otsuseid ega kaasa isikut. (Sotsiaalministeerium, 2011, lk 87) Isiku omavastutuse suurendamiseks ja enamaks juhtumiprotsessi kaasamiseks on võimalike lahendustena välja pakutud isikule tema kohta käivate hindamisvahendite, koostatud hinnangute ja tegevuskavade kättesaadavaks tegemine, selgitada isikule tema vaide esitamise võimalusi, määratleda täpsemalt isiku osalemine juhtumi lahendamise eri etappidel; kohustada isikut osalema spetsialistide koostöökohtumistel, kui tegeletakse probleemidele lahenduste leidmisega. (Sotsiaalministeerium, 2011, lk 88)

Kokkuvõttes võib öelda, et juhtumikorralduse ülesanne rehabilitatsiooniteenust osutades on anda inimesele tema individuaalsetest vajadustest lähtuvat abi, mis tagab teenuste ja toetuste efektiivsema kasutuse. Ehkki Eestis sotsiaalvaldkonnas praktiseeritaval juhtumikorraldusel on seni veel mitmeid puudusi, on viimastel aastatel loodud mitmeid uusi dokumente ja juhiseid, mis peaksid aitama muuta rehabilitatsiooniteenuste osutajatel juhtumikorralduse organiseeritust paremaks ja kvaliteetsemaks.

1.5. Deinstitutionaliseerimise eesmärk ja läbiviimine Eestis

Hoolekandeesutuste deinstitutionaliseerimine sai alguse Lääne-Euroopas 1960.-1970. aastatel. Samal ajal on Kesk- ja Ida-Euroopas vaimse tervise teenuste osutamisel olnud suund jätkuvalt füsioloogiliste vajaduste rahuldamisel ning füüsilisel keskkonnal. (Sotsiaalministeerium, 2014c, lk 32) Alles hiljuti on Lääne-Euroopa eeskujul individuaalse ja perepõhise suunitlusega hooldusvorme hakatud arendama ka mujal Euroopas, seal hulgas ka Eestis.

Hetkel elab kogu Euroopas hooldekodudes üle ühe miljoni lapse ja täiskasvanu. Hoolekandeesutusi peeti kunagi erinevate abivajadustega isikute hooldamiseks parima variandina. Tänapäeval on aga erinevad uuringud näidanud, et institutsionaalne hooldus pakub elukvaliteedi osas kogukondlike kvaliteetsete teenustega võrreldes alati halvemaid tulemusi, tuues kaasa eluaegse ühiskonnaelust väljajäämine ja eraldatuse. (Institutsionaalselt hooldusmudelilt kogukonnapõhisele ülemineku Euroopa ekspertrühm, 2012, lk 11) Sellest tulenevalt on viimastel aastakümnetel võetud Euroopas suund üleminekuks deinstitutionaalsele hooldusele. 2012. aastast on

Euroopa deinstitutionaliseerimise eksperdigrupp välja töötanud ühtsed juhised kõigile Euroopa Liidu liikmesriikidele, teostamaks üleminekut institutsionaalselt hoolduselt perekonna- ja kogukonnapõhisele hooldusele.

Euroopa deinstitutionaliseerimise eksperdigrupp on toonud välja deinstitutionaliseerimise protsessi eesmärgid, milleks oleksid (Sotsiaalministeerium, 2014a, lk 33):

- kõrge kvaliteediga, isikukesksete, kogukonnapõhiste teenuste arendamine, mille eesmärk on ennetada inimese institutsiooni sattumist;
- nende institutsioonide sulgemist, kus psüühilise erivajadusega täisealised elavad eraldatuna ühiskonnast ning kus teenuste osutamine ei vasta inimeste vajadustele ega võimalda inimesel realiseerida oma inimõigusi;
- avalike teenuste, nagu hariduse, koolituse, töötamise, eluaseme, tervishoiu ja transpordi võimaldamist psüühilise erivajadusega täisealistele.

Üldistades saab öelda, et erihoolekandeteenuste deinstitutionaliseerimise kaugem eesmärk on pakkuda suuremat osa teenuseid väljaspool institutsionaalset hooldust. (Sotsiaalministeerium, 2014a, lk 34) Euroopa deinstitutionaliseerimise ekspertgrupi hinnangul hõlmavad kogukonnapõhised teenused laia teenuste spektrit, mis võimaldab täisealisel inimesel elada kogukonnas ja lastel kasvada üles pere keskel, mitte institutsioonis. (Sotsiaalministeerium, 2014a, lk 33).

Deinstitutionaliseerimise protsess ei hõlma üksnes suurte asutuste sulgemist, vaid toetavate teenuste osakaalu suurendamist, paindlikumat ja kättesaadavamat teenuste süsteemi kogukonnas ning jätkusuutlikumat ja tulemuslikumat teenuste osutamist. (Sotsiaalministeerium, 2014a, lk 18) Euroopa ekspertgrupi poolt välja töötatud juhistes (2012, lk 27) on toodud kümme peamist tegevust kogukonnapõhisele teenustele liikumiseks. Nendeks oleksid: tagada kogukondliku elamise eest seisjad muutuste protsessi juhtimisse; seada inimeste vajadused ja eelistused planeerimisel keskele kohale; võtta arvesse perekondade kogemusi ja rolle, luua igale üksikisikule võimalikult kodulähedased tingimused ja individuaalne abi; keskenduda kvaliteetsete teenuste saavutamisele ja tagada, et inimesed saavad oma elu turvaliselt elada; värvata ja õpetada välja kvalifitseeritud personal; kaasata muutuste läbiviimisse võimalikult palju eksperte;

määrata kindlaks selge kava ja ajagraafik kogukondlike teenuste loomiseks; panustada kogukondadesse, kuhu inimesed suunatakse; toetada ühiskonda tervikuna ja üksikisikuid üleminekul kogukonnapõhisele elule.

Uus alternatiivne suundumus pakub inimestele ja nende peredele paremat elukvaliteeti, sotsiaalset kaasatust ja töötajatele mugavamat töökeskkonda. Institutsionaalselt hooldusmodelilt perepõhiste ja kogukonnapõhisele üleminekut toetavad teoreetilised ja empiirilised tõendid ning see on kindlalt soovitatav ka inimõiguste seisukohast. (Grieco & Bulic, 2012, lk 9) Siiski on tegemist võrdlemisi aeganõudva ja keeruka protsessiga, mistõttu on muudatuste juhtimiseks vajalik erinevate tasandite poliitiline ja ametkondlik eestvedamine. (Institutsionaalselt hooldusmodelilt kogukonnapõhisele ülemineku Euroopa ekspertrühm, 2012, lk 27)

Kui riiklikul tasemel on vastu võetud otsus hoolekandeesutuste asendamiseks pere- ja kogukonnapõhiste alternatiividega on oluline rajada kõikide kasutajarühmade ühiskonda kaasamiseks õiguslik tugi. (Institutsionaalselt hooldusmodelilt kogukonnapõhisele ülemineku Euroopa ekspertrühm, 2012, lk 14) Deinstitutionaliseerimise suuna alusdokumendiks on Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni puuetega inimeste õiguste konventsioon, mis Eestis jõustus 2012. aastal. Puuetega inimeste õiguste konventsiooni (2012) artikkel 19 järgi peab puudega inimesele olema tagatud iseseisev elu ja kogukonda kaasamine, võrdne õigus elada kogukonnas ning omada teistega võrdseid valikuid; võrdsetel alustel tagatud juurdepääs avalikele teenustele ja ehitistele ning võimalus valida oma elukohta ja seda, kus ja kellega nad elavad, omamata kohustust järgida mõnda kindlat elukorraldust. (Puuetega inimeste..., 2012) Selle seaduse ratifitseerimisega võttis Eesti riik omale kohustuse parandada järjepidevalt puuetega inimeste olukorda. Sealhulgas tuleb Eesti riigil järgida erihoolekande arendamisel Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni puuetega inimeste õiguste konventsiooni ning deinstitutionaliseerimise põhimõtteid. (Poliitikauuringute Keskus Praxis, 2013, lk 3)

Eestis võeti järkjärguline deinstitutionaliseerimine eesmärgiks riiklike erihoolekandeesutuste ja -teenuste reorganiseerimise kavaga 2006. aastal. Kirjeldatud suundumustega alustati perioodi 2007–2013 Euroopa Regionaalarengu Fondi vahendite toel. Suleti ja reorganiseeriti institutsioonid neljas vanas mõisahoones

ning lisaks viidi kahest mõisast välja ööpäevaringse erihooldusteenuse osutamine. (Sotsiaalministeerium, *n.d.*, lk 2)

Eesti kui üks kõige suuremate institutsioonidega riik peab läbima üleminekuperioodi, et asutuses elama harjunud inimestel oleks aega kohaneda iseseisvama elustiiliga, ning suurendama ühiskonna teadlikkust ja sallivust psüühilise erivajadusega isikutele kogukonnas teenuste osutamiseks. Selleks on Eesti valinud eelmise reorganiseerimisperioodi vältel vaheetapiks peremajad ja hoolekandekülad. (Sotsiaalministeerium, 2014a, lk 34) Lisaks on alates 2015. aastast kehtiv sotsiaalkaitseministri poolt väljastatud määrus „Erihoolekandetasutuste reorganiseerimine“ (2015), kus §6 sätestab, et toetatakse ööpäevaringse erihooldusteenuse osutajate teenuseüksuste reorganiseerimist asutustes, kus ühes hoones on enam kui 30 ööpäevaringse erihooldusteenuse teenuskohta ning taristu loomist kogukonnapõhistele erihoolekande teenustele.

Kui veel 2014. aastal osutati üle 30-kohalistes teenuseüksustes ööpäevaringset erihooldusteenust 1799 isikule, siis aastaks 2023 peaks üle 30 teenusekohaga asutustes elama vähem kui 170 inimest ning muud teenuseüksused reorganiseeritakse väiksemateks üksusteks või viiakse üle väiksematele pindadele. Planeeritud teenusekohtadel saavad psüühilise erivajadusega inimesed elada inimväärtetes elutingimustes, olla iseseisvamad enda elu puudutavates otsustes ja elukorralduslikes küsimustes. (Sotsiaalministeerium, 2014a, lk 34) Erihoolekande arengukava eesmärgid ja tegevused liidetakse riikliku heaolu arengukavaga ehk „Sotsiaalse turvalisuse, kaasatuse ja võrdsete võimaluste arengukava 2016–2023“, mis koondab laiemalt erinevates arengukavades seatud eesmärgid, tegevused ja meetmed ning annab seega nendele valdkondadele ühtse strateegilise lähenemise.

Deinstitutsionaliseerimise protsessi käigus on sobivaks teenuse osutamise kohaks keskkond, mis annab võimaluse klientide igapäevased tegevused siduda kohaliku kogukonnaga. Lisaks on psüühilise erivajadusega inimestele teenuseid pakkudes jätkuvalt vajadus privaatse ja koduse eluruumi järele, mis tagavad privaatsuse ja suurema personaalse tähelepanu ning individuaalse lahenemise. (Sotsiaalministeerium, *n.d.*, lk 2) Seejuures moodustab kõigi erihoolekande teenuskohtade osakaal kuni 10%

küla, aleviku, alevi või linna alaliste elanike arvust. Sedasi tagatakse, et asulas ei oleks psüühilise erivajadusega isikute osakaal elanikkonnast ebaproportsionaalselt suur. Sedasi luuakse tingimused minimaalse vajaliku kogukondliku elukorralduse tagamiseks ja paremad eeldused võimekusele psüühilise erivajadusega isikuid ühiskonda integreerida. (Sotsiaalmnisteerium, *n.d.*, lk 6)

Deinstitutsionaliseerumise läbiviimine hõlmab inimõigusi ja väärtusi, poliitilist panust ning teaduslikke ja majanduslikke tõendusmaterjale. Viimaste aastatega on ka Eestis erihoolekanne süsteem liikunud kollektiivselt lahenduselt individuaalse lahenduse suunas. Selline lahendus on aeganõudev, mahukas ja keeruline, sest hõlmab väga palju erinevaid valdkondi. Sellele vaatamata püütakse juurutada üldsuses teadmist, et erivajadustega inimesi on võimalik edukalt integreerida ühiskonda kui arvestatakse kliendi tahte, vajaduste ja võimalustega ning ümbritsev keskkond toetab ja panustab maksimaalselt.

2. UURIMUS VAIMSE TERVISE REHABILITATSIOONIMEESKONDADE SOTSIAALTÖÖTAJATE VALMISOLEKUST KASUTADA JUHTUMIKORRALDUSMEETODIT DEINSTITUTIONALISEERIMISE LÄBIVIIMISEL

2.1. Uurimuse kontekst ja deinstitutionaliseerimise hetkeolukord Eestis

Psüühilise erivajadusega isiku erihoolekandeteenustele suunamiseks tuleb esmalt hinnata tema rehabilitatsiooniteenuse vajadusi. Eestis toimub rehabilitatsiooniteenusele saamise vajaduse selgitamine läbi spetsialisti ja inimese vahelise vestluse, kuhu kaasatakse vajadusel ka isiku esindaja, lähedane inimene. Seejärel analüüsitakse vajadusi, terviseprobleemide mõju toimetulekule ja võimalust teha tööd ning uuritakse, kas isiku toimetulekut on võimalik parandada rehabilitatsiooniteenuse ja teiste erinevate meetmete abil. Spetsialist annab olulist infot teenuse kohta, samuti püütakse hinnata isiku valmisolekut ning sõnastada ootusi rehabilitatsioonile. Intervjuud juhib rehabilitatsioonialase ettevalmistusega spetsialist, kasutades selleks vajalikku hindamisvahendit. Vajaduse korral küsitakse lisainfot pereliikmelt, sotsiaaltöötajalt, perearstilt. Hindamise lõpetab kokkuvõte, kus langetatakse otsus, millist abi inimene vajab – on see rehabilitatsiooniteenus või pigem muud liiki abi kohalikust omavalitsusest, tervisevaldkonnast, töötukassast või puuetega inimeste ühendusest. (Hanga, K, 2013, lk 8)

Probleemkohaks on selle süsteemi juures asjaolu, et sotsiaalkindlustusametil on kohustus suunata rehabilitatsiooniteenusele iga puudega inimene, kes esitab selleks

taotluse. Samal ajal praktika ja uuringud on näidanud, et kuna inimese vajaduste hindamine toimub alles rehabilitatsiooniplaani koostamise etapis, ja mitte varem, siis teatud osa teenusele suunatud isikutest siiski ei vaja rehabilitatsiooniplaani ega sellele järgnevaid teenuseid, vaid muid abistavaid meetmeid. Lisaks on paljudel inimestel ebaõiged ootused rehabilitatsiooniteenuse osas, sest puudub eelnev informatsiooni, mis annaks teadateenuse võimalustest või milline on inimese enda oodatav panus. (Hanga, K, 2013, lk 7)

Hetkel saab jagada Eestis kehtiva erihoolekande süsteemi järgi psüühilise erivajadustega isikutele suunatud teenused nelja peamisse gruppi: institutsionaalsed erihoolekandeteenused ehk ööpäevaringne hooldus; kogukonnapõhised erihoolekandeteenused; kohaliku omavalitsuse pakutavad täiendavad toetavad sotsiaalteenused ja Eesti Töötukassa poolt osutatavad teenused isiku sujuvamaks tööturule sisenemiseks. (Bugarszki *et al.*, 2015, lk 84)

Ajavahemikul 2006–2014 suurenes oluliselt erihoolekandeteenuseid kasutavate klientide arv. Seejuures on iseloomulik tendents, et erihoolekandeteenusel olevatest klientidest umbes pooled on ööpäevaringset teenusel. Ööpäevaringset erihoolekande teenust saavate klientide arv on kasvanud samas mahus ehk kui 2006. aastal sai 4330 erihoolekandeteenusel viibivast kliendist 2226 ehk 51,4% ööpäevaringset teenust, siis aastal 2014 oli neid 5442 kliendist 2806 ehk 51,6%. (Bugarszki *et al.*, 2015, lk 85) Seejuures on aastatel 2003 kuni 2014 erihoolekandeteenuselt iseseisvasse ellu lahkunud 140 kuni 279 klienti aastas, see moodustab 3% kuni 6,4% kõigist vastava aasta lõpus erihoolekandeteenusel olnud klientidest. (Bugarszki *et al.*, 2015, lk 85-86)

Eesti hoolekandesüsteemi keskmes on püüd minna üle institutsionaalselt hoolekandelt kogukonnapõhistele teenustele. Üldjuhul toimub see järk-järgult, mis tähendab, et enne kui klient suundub institutsionaalselt teenuselt kogukonna teenusele läbib ta vaheetapi toetatud elamise teenuse näol. Uuringu „Psüühilise erivajadusega inimestele suunatud erihoolekandesüsteemi ümberkorraldamiseks ja tõhustamiseks teiste riikide praktikate alusel“ (2015) andmetel on toetatud elamise teenusel aastate jooksul olnud keskmiselt 500 kuni 600 klienti. Teenuse osatähtsus erihoolekande süsteemis on viimastel aastatel veidi vähenenud. Kui aastatel 2006–2008 oli toetatud elamise teenusel umbes 13,5%

kõigist erihoolekandeteenustel olevatest isikutest, siis viimastel aastatel umbes 11%. Kuigi toetatud elamist nähakse erihoolekande süsteemis kui vaheetappi institutsionaalse hoolduse ja kogukonnas (iseseisvalt) elamise vahel, liigub enamus toetatud elamise teenuselt lahkujaid siiski uuele institutsionaalsele teenusele. Aastas lahkub toetatud elamise teenuselt 73–167 klienti, mis moodustab sõltuvalt aastast 50–76,4% kõigist teenuselt lahkujatest (Bugarszki et al., 2015, lk 87).

Kogukonnas elamise teenus on erihoolekandeteenustest kõige väiksema mahuga. Teenus on ka väga piiratud kohtade arvuga ning selle saabujate arvu muutus on seotud uute asutuste lisandumisega või seni teenust pakkunud institutsioonide laienemisega. Teenuse kättesaadavus on aastate jooksul paranenud. Kui 2006. aastal oli seda võimalik saada vaid 44 isikul, siis aastaks 2014 oli klientide arv kasvanud 147-ni. Kogukonnas elamise teenuselt lahkumine toimub peamiselt teisele institutsionaalsele teenusele või leiab aset asutuse vahetus ehk klient lahkub ühest kogukonnas elamise teenust pakkuvast institutsioonist teise. Täiesti iseseisvasse ellu on aastatel 2006–2014 lahkunud kokku vaid 13 isikut. Muudel põhjustel on teenuselt lahkunud vaid üksikud kliendid. (Bugarszki et al., 2015, lk 88).

Sotsiaalkindlustusameti (2016) andmetel pakuvad 05.03.2016. aasta seisuga Eestis psüühilise erivajadusega täiskasvanutele rehabilitatsiooniteenuseid 45 hoolekandenasutust (vt lisa). Rehabilitatsiooniteenuseid pakutavate hoolekandenasutuste arv aga ei määra kindlaks sotsiaaltöötajate koguarvu Eestis vaimse tervise rehabilitatsioonimeeskondades. Mõnel pool rehabilitatsiooniteenuseid pakkuvas hoolekandenasutuses töötab mitu sotsiaaltöötajat, teinekord puudub aga asutuses pidevalt kohapeal tegutsev sotsiaaltöötaja, kuid on keegi, kes vajadusel korraldab rehabilitatsioonihindamist väljaspool asutust. Seega pole töö autoril võimalik teada täpset Eestis vaimse tervise rehabilitatsioonimeeskondades tegutsevate sotsiaaltöötajate arvu.

Kokkuvõtteks võib öelda, et hetkel ei ole Eesti erihoolekandeteenuste süsteem piisavalt inimestekeskne. Institutsioonipõhiste teenustega on harjunud nii ühiskond, spetsialistid kui ka teenuse kasutajad. Valmidus iseseisvalt enda elu üle otsustada on samm-sammult kujunemas ning seda tuleb järepidevalt toetada, et inimesed, kellel on psüühikahäire,

nende lähedased, spetsialistide võrgustik ning kogukond ja kõik ühiskonnaliikmed deinstitutionaliseerimise olulisust ja sisu mõistaksid ning seda toetada oskaksid. (Bugarszki et al., 2015, lk 5) Siiski tõdeb töö autor, et erihoolekande olukord Eestis on võrreldes varasemaga tunduvalt paranenud ning üha enam pööratakse tähelepanu psüühikahäiretega inimeste ravile.

2.2. Uurimismetoodika, uuringu läbiviimine ja ülevaade valimist

Käesoleva töö uuring on läbiviidud Eesti vaimse tervise rehabilitatsioonimeeskondadesse kuuluvate sotsiaaltöötajate seas. Sotsiaalkindlustusameti andmetele toetudes kontakteeruti telefonitsi ja e-maili teel 45 hoolekandenasutusega, mis pakuvad käesoleval aastal rehabilitatsiooniteenuseid täiskasvanud psüühika- ja käitumishäiretega isikutele.

Selleks, et viia läbi uuring, mis hõlmaks vaimse tervise rehabilitatsioonimeeskondade sotsiaaltöötajaid kõikjal Eestis, otsustati kvantitatiivse uurimismeetodi kasuks. Selle meetodi juures kogutakse numbrilisi andmeid, mida omakorda matemaatilise statistika meetodeid kasutades analüüsitakse ning seeläbi seletatakse sotsiaalseid nähtusi. (Quantitative methods, *n.d.*) Antud uuringu juures on kvantitatiivne uurimismeetod sobiv, sest uuringu tulemused sõltuvad enamjaolt kogutud andmetest, mitte uurija enda tõlgendustest.

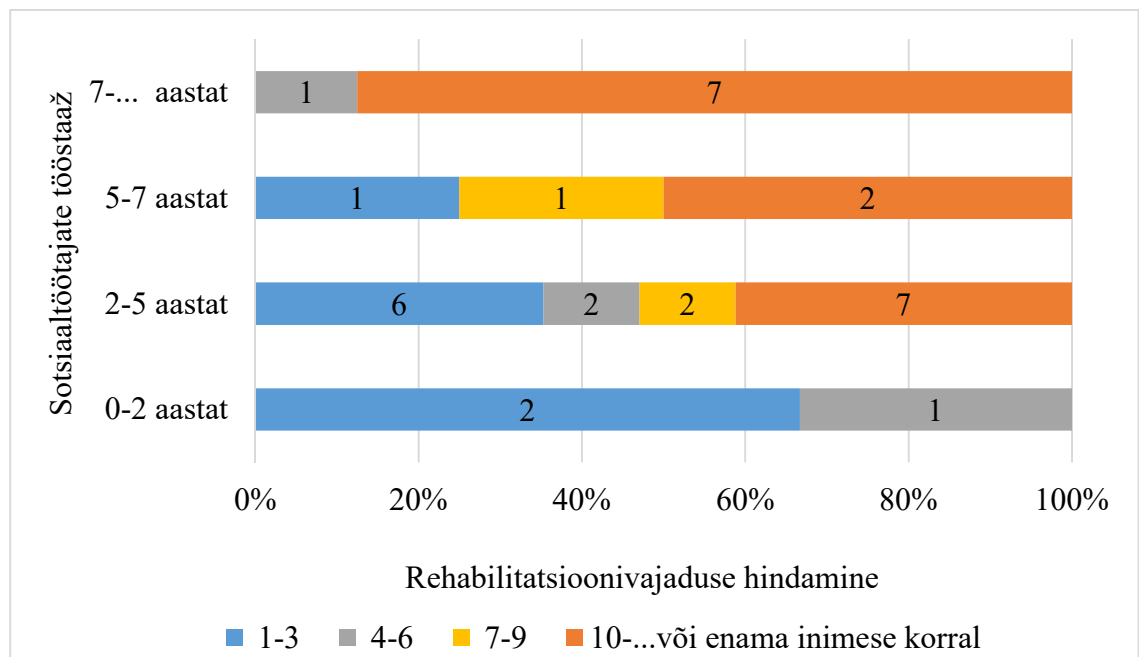
Uuring viidi läbi 2016. aasta märtsis. Küsitlusele vastas 32 sotsiaaltöötajat. Töö autoril polnud võimalik teada saada täpset vaimse tervise rehabilitatsioonimeeskondades tegutsevate sotsiaaltöötajate koguarvu Eestis, sest mõnes meeskonnas on neid rohkem kui üks ning vahel polegi asutuse püsiva personali hulgas sotsiaaltöötajat. Sellele vaatamata on valim usutavasti piisav, et läbi viia uuringu analüüs ja teha järeldusi ning ettepanekuid.

Empiirilise materjali kogumiseks kasutati ankeetküsitlust, mis viidi läbi Google Forms keskkonnas. Uuringus osalemine oli kõigile vabatahtlik ning anonüümne. Ankeetküsitlus saadeti interneti teel rehabilitatsiooniteenust osutavatele ametiasutustele ning mõningal juhul ka otse sotsiaaltöötajate töömeilidele. Kuna kirja teel küsitlemine

ei osutunud esialgu piisavalt efektiivseks, otsustas töö autor ise personaalselt helistada potentsiaalsetele vastajatele, et telefoni teel läbi viia küsitlus ja uuringu jaoks vajalik valim kokku saada.

Küsitlus koosnes kolmest osast: üldküsimused, hinnang kliendioskustele kasutada juhtumikorraldusest tulenevaid teenuseid ning sotsiaaltöötajate valmisolek olla vajadusel juhtumikorraldaja. Kokku oli ankeetküsitluses 16 küsimust, millele otsiti vastuseid. Küsitlusele vastamiseks pidi ringi ümber tõmbama sobivaimale vastusevariandile. Samuti pidid vastajad andma hinnanguid skaalal 1–5, kus 5 tähistas täieliku nõusolekut ning 1 vastupidiselt üldse mitte nõusolemist. Peale selle paluti 5 palli süsteemis hinnata enda kui juhtumikorraldaja tööoskusi ning kogukonda elama asuvale kliendile kohaliku kogukonnapoolt tagatud võimalusi. Lisa küsimusena on antud vastajatel võimalus välja tuua mõtted ning soovitused seoses juhtumikorraldusega rehabilitatsiooni kontekstis ning kliendi kaasatust juhtumikorralduse protsessis.

Valimit analüüsides selgus, et kõige enam oli vastajaid 2–5 aastase tööstaažiga sotsiaaltöötajate hulgas, 17 vastajat (53%). Sellele järgneb üle 7-aastase töökogemusega vastajate arv, 8 vastajat (25%). 5–7 aastase staažiga vastajaid oli kokku 4 (13%). Kõige vähem oli vastanute hulgas 0–2 aastase töökogemusega vastajaid, 3 (9%). Läbiviidud uuringu analüüsimisel tehtud illustratiivsetele joonistele toodud arvandmed kujutavad antud küsimustele vastajaid. Järgnevalt on välja toodud uuringus osalenud sotsiaaltöötajate tööstaaž ühes nende kogemusega hoolekandenasutuses elava isiku rehabilitatsioonivajaduste hindamise ja plaani koostamise protsessis (vt joonis 1.).



Joonis 1. Sotsiaaltöötajate tööstaaži ja rehabilitatsioonivajaduste hindamise suhe (autori koostatud)

Antud jooniselt on näha, et vastanute seas pooled (16 vastajat) olid hinnanud hoolekandeesutuses elava isiku rehabilitatsioonivajadusi 10 või enama inimese korral. Vaid 9 sotsiaaltöötajat olid seda teinud 1–3 inimesele. Ülejäänud vastajad on hoolekandeesutuses elava isiku rehabilitatsioonivajaduste hindamise ja plaani koostamise protsessis osalenud vähem kui 10 korda.

Juhtumikorraldus meetod on psüühikahäiretega tegelevate sotsiaaltöötajate seas üsna populaarne sotsiaaltöömeetod, mida on õpitud kasutama juba kõrgkoolis oma eriala omandades. Küsitlus näitas, et enamik (72%) vastajatest on juhtumikorraldus meetodi kasutamise ettevalmistuse saanud ülikoolis. Vaid 28% on selle omandanud spetsiaalsel koolitusel.

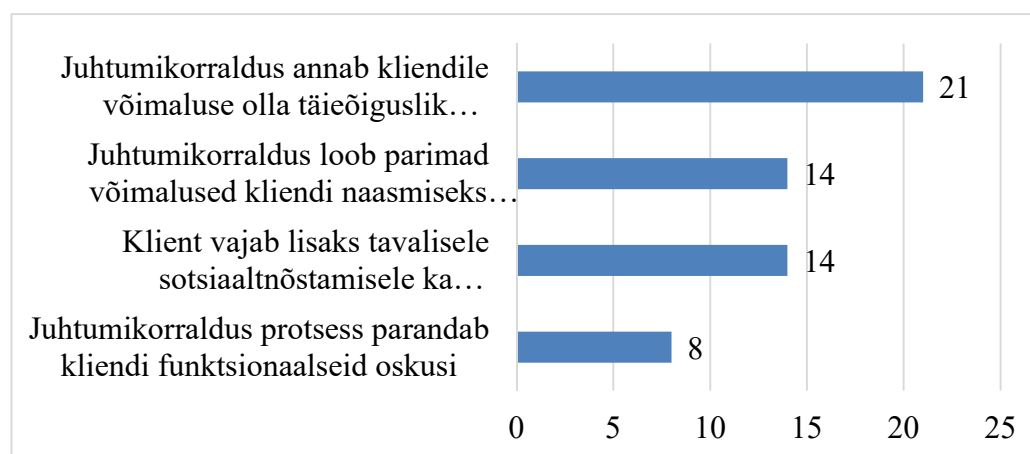
Lisaks selgus, et üle poole vastajatest (66%) on tuttavad 2012. aastal Tartu Ülikooli Pärnu kolledži ja sotsiaalministeeriumi poolt välja töötatud juhtumikorralduse juhistega. Üldjoontes on vastanud sotsiaaltöötajad juhtumikorralduse juhistega rahul. Veidi rohkem kui pooled vastajad hindasid juhendit heaks (52%) ning 24% isegi väga heaks.

19% sotsiaaltöötajatest pidasid seda keskmiseks ning vaid 5% vastajatest hindas juhiseid halvaks. Väga halvaks ei hinnanud juhendit üksi küsitletu.

2.3. Uurimistulemused ja nende analüüs

Senine sotsiaaltöö praktika rehabilitatsiooniteenuste kontekstis on näidanud, et asutusest kogukonda ümber asuv klient vajab sageli toetavat juhtumikorraldust. Samas aga pole Sotsiaalkindlustusameti (SKA) juhtumikorraldajal suure töökoormuse tõttu võimalik seda alati esmasel hindamisel pakkuda. Sellest tulenevalt püüti uuringu käigus leida, millistel põhjustel on sotsiaaltöötajad otsustanud just juhtumikorraldus meetodi kasuks ning kuidas hindavad nad enda oskusi ja teadmisi juhtumikorralduse koordineerija rollis.

Järgnev joonis 2 kirjeldab, millised on peamised põhjused, miks vaimse tervise rehabilitatsioonimeeskonna sotsiaaltöötajad on otsustanud juhtumikorralduse meetodi kasuks rehabilitatsiooni protsessi läbi viies. Küsimustikule vastajad võisid selle küsimuse juures märkida ära mitu vastusevarianti.

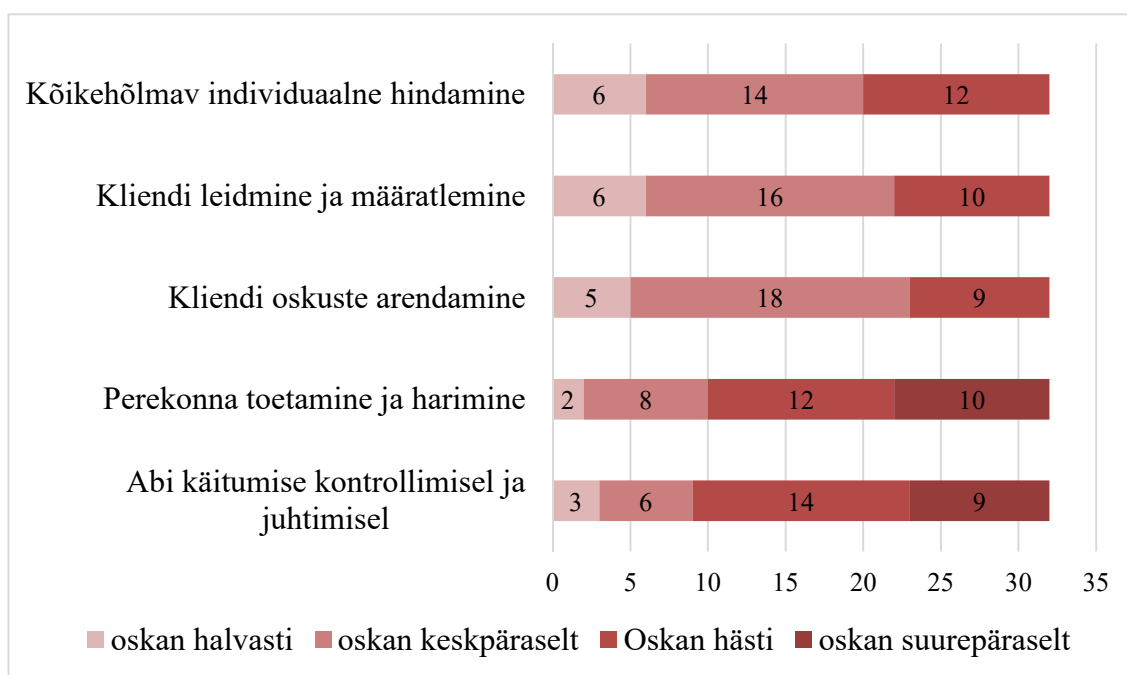


Joonis 2. Peamised põhjused juhtumikorralduse meetodi kasutamiseks rehabilitatsiooni protsessi läbi viies (autori koostatud)

Sellelt jooniselt selgub, et kõige olulisem põhjus, miks otsustatakse juhtumikorraldus meetodi kasuks on kliendi võimalus olla täieõiguslik kogukonna liige. Võrdselt teisele kohale jäävad kliendi võimalused naasta tööturule ning vajadus lisaks

sotsiaalnõustamisele ka meditsiinilise abi järele. Väljatoodud neljast põhjusest kõige väiksemaks mõjutajaks peeti kliendi funktsionaalsete oskuste parandamisvõimalust.

Kasutades juhtumikorraldusmeetodit deinstitutsionaliseerimise protsessi läbi viies on tähtsad sotsiaaltöötaja oskused ja teadmised juhtumikorraldajana. Selleks palutigi vastajatel hinnata enda kui juhtumikorraldaja pädevust erinevates tööülesannetes. (vt joonis 3.).

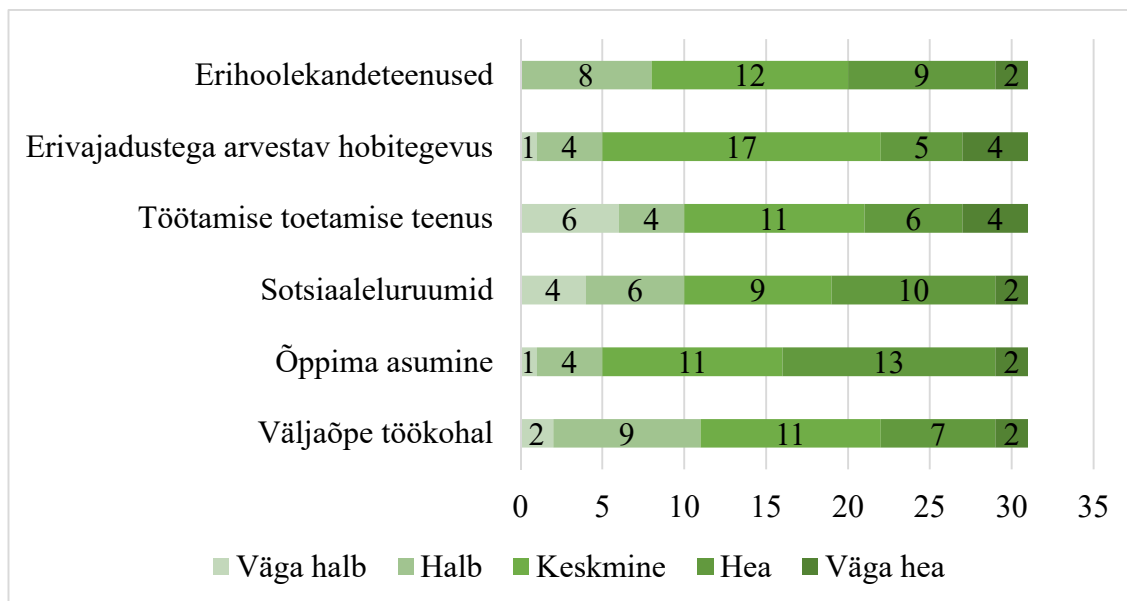


Joonis 3. Sotsiaaltöötajate hinnang enda kui juhtumikorraldaja oskustele (autori koostatud)

Eelneval joonisel on näidatud mõned iseloomulikumat tulemusi sotsiaaltöötajate hinnangus enda kompetentsile seoses kliendi individuaalse hindamise; leidmise ja määratlemise; oskuste arendamise ning abi käitumise kontrollimisel ja juhtimisel ning lähedaste ja perekonna toetamisel. Enamik vastajaid peavad oma tugevusteks juhtumikorralduse juures perekonna toetamist ja harimist ning abi käitumise kontrollimisel ja juhtimise juures. Mõlema variandi juures hindasid üle poolte vastanutest ennast keskmisest kõrgema hindegaga. Pigem keskpäraseks või isegi kesiseks peetakse oma oskusi kliendi oskuste arendamise ning kliendi leidmise ja määratlemise vallas.

Läbiviidud uuringu teine osa keskendus sotsiaaltöötajate arvamusele seoses klientide võimaluste ja oskustega kasutada juhtumikorraldusega pakutavaid teenuseid. Seejuures on üheks olulisemaks aspektiks sotsiaaltöövaldkonnas kliendiga seotud lähikondlaste ning ametkondade töötajate omavaheline koostöö. Uuringu käigus selgus, et küsitud sotsiaaltöötajatest 47% pidas koostööd kliendivõrgustikuga heaks. 41% aga hindas koostööd pigem keskmiseks. Väga heaks arvas koostöö olevat 9% vastajatest ning 3% halvaks. Positiivseks asjaoluks võib pidada asjaolu, et väga halvaks ei hinnanud kliendi võrgustikuga suhteid ükski vastaja. Nendest tulemustest selgus, et koostöö erinevate institutsioonide ja isikute vahel on siiski mõneti puudulik. Suurimaks takistuseks peab 64% vastanutest otsest tööülesande puudumist, mis reguleeriks sisulise koostöö tegemist eri ametkondadega ning kliendi lähedastega. 36% jällegi leidis, et pigem on koostöö puuduseks harva toimuvad kohtumised ja arutelud kliendi olukorra arutamiseks. Ükski vastaja ei valinud varianti, mis pidas probleemiks võrgustiku vähest huvi kliendi käekäigu vastu.

Küsimusele, kuidas hindavad sotsiaaltöötajad kogukonda elama asuvale kliendile tagatud teenuseid, mis aitavad tal võimalikult iseseisvalt ning hästi hakkama saada, hindasid enamik vastajad erihoolekandeteenuseid keskmisteks (12 vastajat). Samuti hindasid 17 inimest kogukonnas pakutavat erivajadustega arvestavat hobitegevust keskmiseks. Veel hinnati enamiku vastaja poolt keskmiseks toetatud töö teenust (11 vastajat) ning töökohal teostatava väljaõppe taset (11 vastajat). Sotsiaaleluruume ja toetatud elamise teenust hinnati hindeg 4 ehk heale tasemele (10 vastajat). Õppima asumise võimalusi hinnati 13 vastaja poolt pigem heaks (vt joonis 4.).

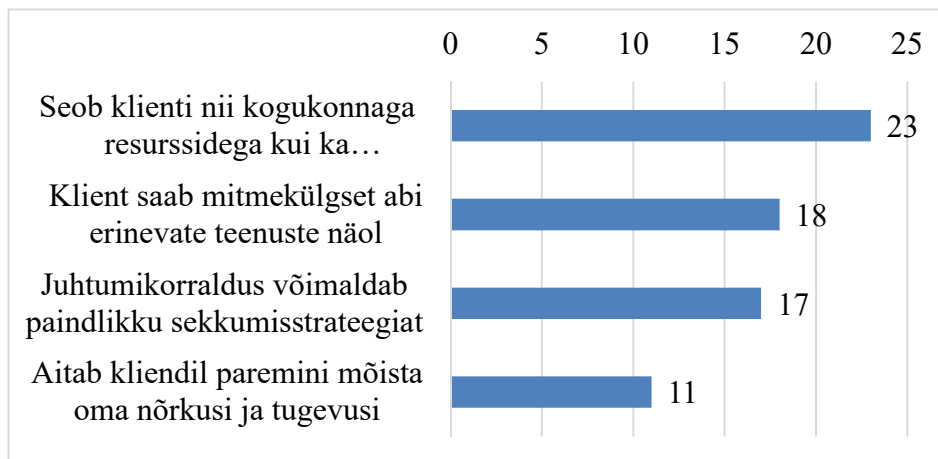


Joonis 4. Kogukonda elama asuva kliendi võimalused (autori koostatud)

Jooniselt saame näha, et vastanud sotsiaaltöötajad on kõige enam rahul kogukonnas pakutavate sotsiaaleluruumide tingimuste ja õppima asumis võimalustega. Kõige rahulolematud ollakse aga töötamise toetusega, väljaõppega töökohal ning erihoolekandeteenustega. Samas tuleb märkida, et pakutavate sotsiaalteenuste tingimused erinevad üle kogu Eesti üksteisest üsna palju ning iga küsitlusele vastaja, kes hindas sotsiaalteenuseid, lähtus ennekõike enda kohalikest tingimustest.

Vaimse tervise probleemidega inimeste integreerumisel tavaühiskonda on mitmeid takistusi ja samas ka soodustavaid tegureid. Läbiviidud uuringus paluti vaimse tervise rehabilitatsioonimeeskondade sotsiaaltöötajatelt valida väljatoodud variantide seast nende meelest kõige mõjukamad põhjused, mis soosivad ja takistavad psüühilise erivajadusega inimestel kogukonnapõhises hoolduses integreerumist. Valida sai mitu vastusevarianti.

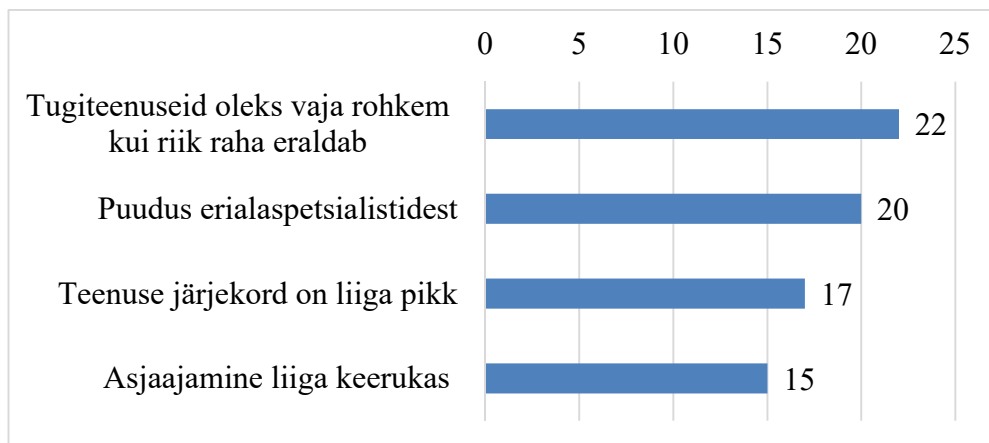
All oleva joonisel 5 on välja toodud sotsiaaltöötajate hinnang kogukonnapõhise süsteemiga seonduvatele asjaoludele, mis soodustavad vaimse tervise rehabilitatsioonil oleva kliendi integreerumist ühiskonda.



Joonis 5. Kliendi ühiskonda integreerumist soodustavad asjaolud (autori koostatud)

Kõige enam soodustavaks asjaoluks kliendi integreerimisel läbi deinstitutionaliseerimise peeti kliendi seotust kogukonna ressursside ja ühiskonnaga tervikuna. Veidi vähem mõjukaks peeti kliendile osutatavat abi mitmekülgsete teenuste näol ja paindlikku sekkumisstrateegia. Kõige vähem integreerumist soodustavaks asjaoluks peeti klientide paremat arusaamist oma nõrkustest ja tugevustest.

Lisaks uuriti vastajatelt, mis on nende meelest suurim takistus psüühilise erivajadustega isikute kogukonda integreerumisel. Järgmine joonis kajastabki sellele küsimusele antud hinnanguid (vt joonis 6.).



Joonis 6. Peamised takistused klientide integreerumises ühiskonda kogukonnapõhises hoolduses (autori koostatud)

Jooniselt näeme, et peamise takistusena psüühilise erivajadustega inimeste integreerumisele peetakse piisaval hulgal tugiteenuste puudust. Sellele järgnes puudus erialaspetsialistidest ning teenuste liiga pikk järjekord. Kõige väiksemaks takistuseks peeti pakutud variantidest keerukat asjaajamist, mis kaasneb deinstitutionaliseerimise protsessiga.

Kogukonnapõhisele hooldusel on üheks tähtsaimaks põhimõtteks kliendi kaasatus läbi rehabilitatsiooniprotsessi. Küsitluses osalenud vaimse tervise rehabilitatsioonimeeskondade sotsiaaltöötajatel paluti hinnata antud küsimust lähtuvalt oma senistest kogemustest. Veidi rohkem kui pooled vastanutest (53%) leidis, et kliendid on juhtumikorralduse protsessi kaasatud keskmiselt. Veidi paremaks hindasid olukorda 28% sotsiaaltöötajatest, kelle meelest on kliendid kaasatud protsessi heal tasemel. Väga heal tasemel hindasid kliendi kaastust 13% vastanutest ning 6% arvas, et kliendi kaasamine on siiski võrdlemisi ebapiisav. Samas ei arvanud keegi, et kliendi kaasamist ei toimuks üldse.

Viimase küsimusena paluti vaimse tervise rehabilitatsioonimeeskondade sotsiaaltöötajatel anda enda poolne hinnang deinstitutionaliseerimise mõjust psüühikahäiretega isikute toimetulekule. Kõige enam vastajaid arvas kogukonnapõhiseteenuse kasutuselevõtu mõju klientide paranemisele heaks (30% vastajatest). Keskpäraseks hindas seda 25% vastanutest ja 11% leidis, et ei pea

deinstitutionaliseerimise kasutuselevõtmist kuigi mõjukaks kliendi paranemise juures ning hindas seda hindegaga „kaks“. Vaid üks vastaja (4%) leidis, et see pole üldse parandanud klientide toimetulekut ning lisas ka kommentaarina, et tema arvates pole Eestis senini kogukonnapõhise teenuse pakkumise juurde jõutud ning hetkeseisuga pole ka märkimisväärsed samme selles suunas tehtud. 16% küsitluteest jättis sellele küsimusele vastamata.

2.4. Arutelu, järeldused ja ettepanekud

Käesolevale uuringule vastas kokku 32 vaimse tervise rehabilitatsioonimeeskonna sotsiaaltöötajat. Kõige rohkem vastajaid oli 2–5 aastase ning kõige vähem 0–2 aastase töökogemusega sotsiaaltöötajaid. Lisaks selgus, et mõned küsitluteed sotsiaaltöötajad ei tööta üksnes vaimse tervise probleemidega klientidele rehabilitatsiooniteenuseid pakkuvates hoolekandenasutustes, vaid teevad seda oma lisatööna. Veel selgus küsitluse käigus, et mõnes hoolekandenasutustes, kus pakutakse rehabilitatsiooniteenust püühilise erivajadusega inimestele, ei pruugi kollektiivi kuuluda ühtegi sotsiaaltöötajat ning vajadusel kutsutakse vastav spetsialist väljaspoolt asutust. Samas tuli ette ka hoolekandenasutusi, kus ühel rehabilitatsioonimeeskonnal oli võimalus kasutada mitme sotsiaaltöötaja teenust.

Läbiviidud uuringu tulemustest ilmnes, et pooltel küsimustikule vastanud vaimse tervise rehabilitatsioonimeeskonna sotsiaaltöötajatest oli varasem rehabilitatsiooniteenuse vajaduse hindamise kogemus 10 või enama inimesega; 9 küsitluteed olid seda teinud 1–3 inimese puhul. Sellest võib järeldada, et enamik küsimustikule vastanud sotsiaaltöötajatest on piisavalt kogenud, et hinnata kliendi terviseolukorrast põhjustatud tegevus- ja osalusvõime piiranguid ning olemasolevaid ressursse.

Peale selle selgus küsitluse vastustest, et suurem osa valimisse kuuluvatest sotsiaaltöötajatest on omandanud ettevalmistuse juhtumikorraldus meetodi kasutamiseks ülikoolis. Sellest võib järeldada, et antud meetodi hinnatakse kõrgelt just praktilises sotsiaaltöös ning seda tuleks õpetada tulevastele sotsiaalvaldkonna töötajatele, eesmärgiga tagada kliendile tema vajadustest lähtuv abi, et vältida psühhosotsiaalsete probleemide tekkimist ja süvenemist.

Lisaks oli suurem osa vastanutest tuttav sotsiaalministeeriumi ja Tartu Ülikooli Pärnu kolledži poolt 2012. aastal välja antud juhtumikorralduse juhistega. Valdav enamik neist hindas juhiseid rahuldavaks. Positiivsena toodi juhendi hindamisel välja, et tegemist on hea ja praktilise juhendmaterjaliga, mis on informatiivne ning täpne. Samas kritiseeriti juhendi ja igapäevaelu praktika vähest kokkulangevust ning meetodi kasutamisega kaasnevat üleliigset bürokraatliku vormistamist.

Edasi keskenduti uuringus sotsiaaltöötajate valmisolekule võtta vajadusel enda kanda juhtumikorraldaja roll deinstitutionaliseerimise protsessis. Selleks uuriti esmalt milline on peamine põhjus, miks sotsiaaltöötajad valivad juhtumikorraldusmeetodi rehabilitatsiooniprotsessi läbi viies. Tulemustest selgus, et kõige enam levinud põhjuseks on kliendi võimalus olla täieõiguslik kogukonna liige. Sellistest tulemustest võib järeldada, et vastanud sotsiaaltöötajad peavad ennekõike oluliseks psüühilise erivajadusega inimestele abi osutamist kogukonna keskselt, säilitades tema võimaluse olla kaasatud ja langetada iseseisvalt otsuseid kogukonna poolt pakutavate teenuste kasutamisel.

Vastustest küsimusele, kuidas hindavad vaimse tervise rehabilitatsioonimeeskonna sotsiaaltöötajad oma oskusi juhtumikorraldajana selgus, et enamik vastajatest hindab kõrgemalt oskusi, mis hõlmavad ennekõike kliendi ja tema lähedaste nõustamist ja informeerimist (perekonna toetamine ja harimine ning abi käitumise kontrollimisel). Ebakindlust tuntakse aga pigemini nende tööülesannete juures, mis suuresti olenevad kliendi enda motiveeritusest ja tahtest saada abi (kliendi oskuste arendamine ja kliendi määratlemise valdkond).

Uuringu teine osa keskendus sotsiaaltöötajate arvamusele seoses klientide võimaluste ja oskustega kasutada juhtumikorraldusega pakutavaid teenuseid. Seoses sellega pidas töö autor vajalikuks uurida rehabilitatsioonimeeskonna sotsiaaltöötajatelt nende omavahelist koostööd kliendiga ja nendega seotud lähikondlaste ning ametkondade töötajatega. Vastanutest 47% arvas, et koostöö kliendi ja teda puudutava võrgustikuga on hea ning 41% pidas seda keskmiseks. Seega võib öelda, et ehkki suurem osa vastajatest hindas koostööd rahuldavaks, esineb selles siiski mõningaid puudusi. Keskmise või madalama tulemusega hinnanud vastanutest (64%) peab suurimaks

takistuseks koostöö juures otsest tööülesande puudumist, mis reguleeriks koostööd kliendi võrgustikuga. Antud uuringu tulemustest nähtub, et Eesti deinstitutionaliseerimise protsessi juures pole päris selge, kes mille eesti vastutab. Selleks, et omavalitsused saaksid olla vastutavad kohalike eest, peavad nad saama vastavad ressursid ja otsustusõiguse. Praegu on aga Eestis kindlalt määratlemata kohalike omavalitsuste roll kogukonnapõhisele teenusele ülemineku protsessis.

Sotsiaalteenustega rahulolu hindamisel lähtusid sotsiaaltöötajad enda kohaliku omavalituse poolt pakutavatest teenustest. Uuringule vastanud sotsiaaltöötajad olid kõige enam rahul sotsiaaleluruumide ning õppimisvõimalustega. Kõige rahulolematud aga töötamise toetusega, väljaõppega töökohal ning erihoolekandeteenustega. Vastustest selgub, et vaimse tervise häirega töötaja palkamine ei tundu paljudele tööandjatele teostatav. Psüühilise erivajadusega inimese töötamise võimalused ei ole piisavalt paindlikud ning see viib tihti töökohast loobumiseni ja töölt lahkumiseni. Ehkki riiklikul tasemel pakutakse puudega inimese palganud tööandjatele erinevaid toetusmeetmeid, kaheldakse siiski nende inimeste usaldusväärsuses ja vastupidavuses. Samas on aga üllatav asjaolu, et enamik vastajaid pole rahul erihoolekandeteenustega. See on üllatav tulemus ja vajaks täpsemat analüüsi kui selle töö raames võimalik.

Deinstitutionaliseerimise protsessi läbiviimise juures hinnati kogukonda kõige enam integreerumist soodustavaks asjaoluks kliendi seotust kogukonna ressursside ja ühiskonnaga tervikuna. Sotsiaaltöötajate vastustest ilmneb, et kogukonnapõhise teenuse tugevuseks on erivajadusega kliendi toimetulekuku kindlustamine kohaliku kogukonna poolt, kus on tugev ja toimiv rehabilitatsioonitöö võrgustik aastaringselt. See tähendab seda, et kogukond tagaks kliendile vajaliku kompleksset tuge ja ühtlasi peaks toimuma erinevate valdkondade vaheline koostöö. Samas toodi ka kohe välja suurim takistus – ebapiisav rahaline toetus riigi poolt, mistõttu pole võimalik pakkuda kogukondlikul tasemel küllaldasel hulgal tugiteenuseid. Hetkeseisuga pole Eestis kasutusel rahastusmudelit, mis tagaks kogukonnas osutavate teenuste võrdse kättesaadavuse ja jätkusuutlikuse ning sellest tingituna on ka psüühilise erivajadustega inimestele teenuseid osutavate organisatsioonide võimalused kitsendatud.

Rehabilitatsiooniprotsessi läbi viies peetakse alati oluliseks kliendi kaasamist teda puudutavatesse toimingutesse. Sellest tulenevalt küsiti ka sotsiaaltöötajate käest, kuidas nad hindavad kliendi kaasamist rehabilitatsiooniprotsessi oma senisele kogemusele toetudes. Üle poole vastajatest (53%) leidis, et kliendid on juhtumikorralduse protsessi kaasatud keskmiselt. Oma arvamust põhjendati sellega, et arvestada tuleb inimeste erineva võimekuse, motivatsiooni ja huvitusega. Lisaks on klientidel tihti peale ka ebarealistlikud ootused, mis tulenevad klientide vähestest teadmistest seoses rehabilitatsiooniga kaasneva taastumise astmetest. Kõik see mõjutab kliendi kulgemist rehabilitatsiooni protsessis ning ka seda, mismoodi ja kui palju on ta parasjagu kaasatud.

Vaimse tervise rehabilitatsioonimeeskonna sotsiaaltöötajatelt uuriti mitmel juhul on nende meeskond pidanud vajalikuks alustada rehabilitatsioonisekkumisega, mis toetaks asutusest välja liikumist. Tulemused näitasid, et asutusest välja liikumise kasuks otsustati kõige enam 36-l korral ning mõne vastaja puhul, pole selle kasuks kunagi otsust langetatud. Lisaks märkisid mitmed vastajad, et ei oska kindlat numbrit märkida, sest pole kunagi selle kohta arvestust pidanud.

Viimasele küsimusena sooviti teada, kas kogukonnapõhise teenuse kasutuselevõtt on parandanud inimese toimetulekut. Küsitlusele vastamiseks tuli hinnata antud asjaolu skaalal 1–5. Antud küsimusele ei vastanud 5 küsitletut. Kõige enam vastajaid (30%) hindasid kogukonnapõhisele teenusele üleminekut heaks. Kuna selline hulk vastajaid ei moodusta küsitletud sotsiaaltöötajatest valdavat enamikku, siis võib sellest järeldada, et kogukonnapõhine teenus ei ole senini Eesti tingimustes oma eesmärgi veel täitnud. Samas võib pidada Eesti tugevuseks seda, et kogukonnapõhise teenuse osutajatel on praktilisi kogemusi teenuste osutamisel psüühilise erivajadusega inimestele. Aja jooksul, kui deinstitutionaliseerimise protsessi tõhusamalt rakendada ja levitada, on varasematest kogemustest kindlasti palju kasu.

Lähtuvalt uuringu tulemustest toob töö autor omalt poolt välja kaks ettepanekut juhtumikorraldusmeetodi kasutamise deinstitutionaliseerimise protsessi tõhusamaks läbiviimiseks Eestis.

Esiteks selgus uuringu vastustest, et sotsiaaltöötajad hindavad oma oskusi kesiseks tööülesannete juures, mis sõltusid kliendi enda motiveeritusest ja tahtest saada abi. See näitab, et sotsiaaltöötajad ei tunne oma vastutust deinstitutionaliseerimise protsessi ees. Sellest tulenevalt teeb töö autor ettepaneku võimaldada vaimse tervise rehabilitatsioonimeeskondade sotsiaaltöötajatele täiendkoolitusi tõenduspõhise sekkumise kohta, mis õpetaks tulemusrikkama teenuse osutamist.

Peale selle töid psüühilise erivajadusega isikutele mõeldud rehabilitatsioonimeeskondade sotsiaaltöötajad välja, et tihtipeale on rehabilitatsiooniteenusele saabuvatel klientidel ebarealistlikud ootused taastumise osas. Selle juures tuleks kasuks pakkuda rehabilitatsiooniteenusele tulevale kliendile taastumisprogrammi, mille eesmärk on õpetada taastumise mõtteviisi läbi psüühikahäire mõistmise ja aktsepteerimise. Sellisel viisil oleks võimalik rehabilitatsioonil oleva kliendi isiklikku potentsiaali suurendada ning haigusest ja olukorrast tingitud raskusi vähendada.

Kokkuvõtteks võib öelda, et uuringu läbiviimiseks püstitatud ülesanded said täidetud ning uurimisküsimused ja lõputöö eesmärk said vastused. Seega saab väita, et Eesti vaimse tervise rehabilitatsioonimeeskonna sotsiaaltöötajate arvates on juhtumikorraldusmeetodi kasutamine deinstitutionaliseerimise läbiviimiseks küll sobilik, ent puudusi on palju seoses kogukondliku teenuse rakendamisega. Vaja oleks institutsioonide vahelist täpset vastutuse jaotust ja heal tasemel koostööd. Peale selle on oluline ka organiseerida kogukonnapõhiste teenustega seotud struktuurüksuste juhtkonna koolitamine ning teenustega seotud hoiakute muutmine.

KOKKUVÕTE

Käesolev lõputöö on kirjutatud teemal „Eesti vaimse tervise rehabilitatsioonimeeskondade sotsiaaltöötajate valmisolek kasutada juhtumikorraldusmeetodit deinstitutionaliseerimise läbiviimisel“. Antud teemat on oluline uurida, sest nii Euroopa kui ka Eesti hoolekandesüsteemi üheks peamiseks eesmärgiks on saanud üleminek institutsionaalselt hoolekandelt kogukonnapõhiste teenustele. Alates 2012. aastast kehtivad kõigile Euroopa Liidu liikmesriikidele Euroopa deinstitutionaliseerimise eksperdigrupi poolt välja töötatud juhised institutsionaalselt hoolduselt perekonna- ja kogukonnapõhisele hooldusele üleminekuks.

Töö eesmärgiks oli selgitada välja, kuidas hindavad Eesti vaimse tervise rehabilitatsioonimeeskonda kuuluvad sotsiaaltöötajad juhtumikorraldusmeetodi kasutuse sobivust kogukonnapõhisele teenusele üleminekul.

Lõputöö koosneb teoreetilisest ja empiirilisest osast. Teoreetilises osas antakse ülevaade vaimse tervise mõistest ja levinumatest probleemidest, vaimse tervise rehabilitatsioonimeeskonna koosseisust ja ülesannetest, antud valdkonda reguleerivast seadusandlusest ja tuuakse välja juhtumikorralduse meetodi toimimine ning kogukonnapõhise hoolduse eesmärk ja rakendamine Eestis. Empiirilises osas viidi läbi uuring Eesti vaimse tervis rehabilitatsioonimeeskondadesse kuuluvate sotsiaaltöötajate seas. Uuringu eesmärgi täitmiseks püstitati uurimisülesanded ning otsiti vastuseid uurimisküsimustele. Alapeatükkidena toodi välja uuringu läbiviimine ning koostamine, uuringutulemused ning tutvustati uuringu analüüsi koos järelduste ja ettepanekutega.

Peamiste uurimistulemustena toodi välja, et vaimse tervise rehabilitatsioonimeeskonna sotsiaaltöötajate arvates on juhtumikorraldusmeetodi kasutamine deinstitutionaliseerimise läbiviimiseks sobilik, ent puudusi on palju seoses kogukondlikule teenusele ülemineku korraldusliku poolega.

Läbiviidud uuringus keskenduti kahele peamisele asjaolule: kliendioskustele kasutada juhtumikorraldusest tulenevaid teenuseid ja sotsiaaltöötajate valmisolek olla vajadusel juhtumikorraldaja.

Seoses kliendi jõustatusega juhtumikorraldus protsessis paluti sotsiaaltöötajate hinnangut koostööle klientide võrgustikuga, kliendi kogukonda integreerumist soodustavatele ja takistavatele asjaoludele ja kliendi rehabilitatsiooniprotsessi kaasamisele. Vastajad leidsid, et kaasamise juures on koostöö kliendi võrgustikuga rahuldav, ent siiski esineb selles mõningaid puudusi. Kõige paremaks kliendi integreerumist soodustavaks asjaoluks peeti kliendi seotust kogukonna ressursside ja ühiskonnaga tervikuna. Suurimaks takistuseks aga peeti ebapiisavat riigipoolset rahastust, mistõttu ei ole võimalik pakkuda kogukondlikul tasemel piisaval hulgal tugiteenuseid. Kliendi kaasatust juhtumikorralduse protsessi hinnati keskmiseks ning põhjendati, et see sõltub ennekõike kliendi enda motivatsioonist ja tahtest.

Uuringu osas, mis keskendus sotsiaaltöötajate valmisolekule olla vajadusel juhtumikorraldaja, paluti vastajatel hinnata milline on peamine põhjus, miks valitakse juhtumikorraldusmeetod rehabilitatsiooniprotsessi läbiviimiseks ning kuidas nad hindavad oma pädevust juhtumikorraldajana. Tulemustest selgus, et kõige enam levinud põhjuseks juhtumikorraldusmeetodi valikul on kliendi võimalus olla täieõiguslik kogukonna liige. Oma pädevuse hinnangul arvab enamik sotsiaaltöötajatest, et oskab paremini täita tööülesandeid, mis on seotud ennekõike kliendi ja tema lähedaste nõustamise ja informeerimisega. Halvemini tullakse nende hinnangul toime nende ülesannetega, kus tulemused olenevad rohkem kliendi enda motiveeritusest ja tahtest saada abi.

Lähtuvalt uuringutulemustest tegi töö autor ettepanekuid deinstitutsionaliseerimise arendamiseks. Perspektiivikas näib olevat võimaldada vaimse tervise rehabilitatsioonimeeskondade sotsiaaltöötajatele täiendkoolitusi tõenduspõhise sekkumise kohta ning rehabilitatsiooniteenusele tulevale kliendile taastumisprogrammi, eesmärgiga õpetada taastumise mõtteviisi kaudu psüühikahäire mõistmist ja aktsepteerimist.

VIIDATUD ALLIKAD

Amos, M. (2009). *Rahvastiku vaimse tervise edendamine Eestis läbi seadusandlike vahendite*. (Magistritöö). Tartu Ülikool Tervishoiu Instituut. Loetud aadressil <http://www.rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/769/1/Amos2009.pdf>

Bogdanov, H. & Pertel, T. (2012). *Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs*. Tervise Arengu Instituut. Tallinn. Loetud aadressil <http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/4863/1/Bogdanov2012.pdf>

Bugarszki, Z., Medar, M., Pieter van Ewijk, J., Wilken, J., Narusson, D., Saia, K., Kriisk, K., Kiis, A., Susi, M., Sooniste, I., Rahu, A. (2015). *Uuring psüühilise erivajadusega inimestele suunatud erihoolekandesüsteemi ümberkorraldamiseks ja tõhustamiseks teiste riikide praktikate aluse. Uuringu lõppraport*. Tallinn: Tallinna Ülikooli Ühiskonnateaduste instituut. Loetud aadressil https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Uudised_pressiinfo/di_uuringu_loppraport_08.02.2016.pdf

Canadian Institute for Health Information. (2009). *Improving the Health of Canadians: Exploring Positive Mental Health*. Ottawa: CIHI. Retrieved from https://www.cihi.ca/en/improving_health_canadians_en.pdf

Eesti vaimse tervise ja heaolu koalitsioon. (30.03.2016 seisuga). *Vaimse Tervise Strateegia 2016-2025*. Loetud aadressil http://vatek.ee/wp-content/uploads/2016/04/Vaimse_tervise_heaolu_strateegia_2016-2025_30.03.2016.pdf

Eldar, R., Marincek, C., & Kullmann, L. (2008). Need for Rehabilitation Teamwork Training in Europe. *Croatian Medical Journal*, 49(3), 352–357.
<http://doi.org/10.3325/cmj.2008.3.352>

Erihoolekandeesutuste reorganiseerimine. (2015). *Riigi Teataja I*, 15.09.2015, 22.
Loetud aadressil <https://www.riigiteataja.ee/akt/115092015022>

Grieco, S., Bulic, I. (2012). *Meetmestik institutsionaalselt hoolduselt kogukonnapõhisele süsteemile üleminekuks ettenähtud Euroopa Liidu raha kasutamise kohta*. Loetud aadressil https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega_inimetele/meetmestik_institutsionaalselt_hoolduselt_kogukonnapohisele_susteemile_uleminekuks_ettendatud_euroopa_liidu_raha_kasutamise_kohta.doc

Hanga, K. (2013). lk 7-9. Rehabilitatsioonivajaduse hindamine ja rehabilitatsiooniprogrammid. *Sinuga*. Loetud aadressil http://www.epikoda.ee/wp-content/uploads/2013/04/Sinuga-kevad-2013_210x297_WEB.pdf

Institutsionaalselt hooldusmudelilt kogukonnapõhisele ülemineku Euroopa ekspertrühm. (2012). *Euroopa ühtsed juhised institutsionaalselt hoolduselt kogukonnapõhisele süsteemile ülemineku kohta*. Loetud aadressil https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega_inimetele/euroopa_uhised_juhised_institutsionaalselt_hoolduselt_kogukonnapohisele_susteemile_uleminekuks.doc

Jané-Llopis, E. & Anderson, P. (2006). *Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories*. Luxembourg: European Communities. Retrieved from http://www.gencat.cat/salut/imhpa/Du32/html/en/dir1662/dd11714/country_stories.pdf

- Lavikainen, J., Fryers, T., & Lehtinen, V. (2006). *Improving Mental Health Information in Europe*. Helsinki, Finland. Retrieved from http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/Mindful_verkkoversio.pdf
- Maaailma Tervishoiu Organisatsioon. (2008). *Policies and practices for mental health in Europe*. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf
- Maaailma Tervishoiu Organisatsioon. (2014). *Mental health: a state of well-being*. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/ 9.11.2015
- Maaailma Tervishoiu Organisatsioon. (n.d.). *Mental health policy, planning & service development*. http://www.who.int/mental_health/policy/services/en/ 27.11.2015
- Mental Health Commission Research Scholarship Programme. (2007). *Mental Health Rehabilitation and Recovery Services in Ireland: A multicentre study of current service provision, characteristics of service users and outcomes for those*
- Poliitikauuringute Keskuse Praxis . (2013). *ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsiooni rakendamise järelevalve Eestis*. Loetud aadressil <http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2014/03/2013-Puuetega-inimeste-õiguste-konventsioon.pdf>
- Prague Psychiatric Center. (2010). *FEAM Statement on Mental Health Policy Issues*. Prague Psychiatric Center. The Federation of the European Academies of Medicine. http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/feam_statement_en.pdf
- Psühhiaatrilise abi seadus. (1997). Riigi Teataja I, 16, 260. Loetud aadressil <https://www.riigiteataja.ee/akt/33716>
- Puuetega inimeste õiguste konventsioon ja fakultatiivprotokoll. (2012). Riigi Teataja II, 04.04.2012, 6. Loetud aadressil <https://www.riigiteataja.ee/akt/204042012006>
- Quantitative methods. (n.d). University of Southern California. Retrieved from <http://libguides.usc.edu/writingguide/quantitative>

Sotsiaalhoolekande seadus. (2015). Riigi Teataja I, 30.12.2015, 5. Loetud aadressil <https://www.riigiteataja.ee/akt/130122015005>

Sotsiaalkindlustusamet. (12.04.2016). Loetud aadressil http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/public/rehabilitatsioon/sgr3_120416.pdf

Sotsiaalkindlustusamet. (2011). *Rehabilitatsiooniteenuste standard*. Loetud aadressil <http://sotsiaalkindlustusamet.ee/public/teenusstandardid/atsrehabteenus2011.pdf>

Sotsiaalministeerium, Tartu Ülikool Pärnu kolledž. (2012). *Juhised juhtumipõhise võrgustikutöö meetodi rakendamiseks*. Loetud aadressil http://heakool.ee/wp-content/uploads/2015/11/CM_-JUHISED.pdf

Sotsiaalministeerium, Tartu Ülikooli Pärnu kolledž. (2006). *Juhtumikorralduse käsiraamat*. Loetud aadressil https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Juhtumikorraldus/juhtumikorralduse_kasiraamat.pdf

Sotsiaalministeerium. (2011). Lõppraport Uuring. *Kliendikeskne esmatasandi juhtumitöö ning juhtumikorraldus sotsiaalkaitse tervikliku koostoime tagamisel*. http://sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Sotsiaalvaldkond/kpmg_lopp_aruanne_5.pdf

Sotsiaalministeerium. (2014a). *Erihoolekande arengukava aastateks 2014-2020*. Loetud aadressil https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega_inimetele/erihoolekan_de_arengukava_2014-2020.pdf

Sotsiaalministeerium. (2014b). *Investeeringuvajaduse kaardistus psüühilise erivajadusega isikute hoolekande taristu arendamiseks*. Loetud aadressil https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega_inimetele/investeerin_gud_erihoolekande_taristusse.doc

- Sotsiaalministeerium. (2014c). *Vanemliku hoolitsuseta laste asendushoolduse poliitika roheline raamat*. Loetud aadressil
https://www.sm.ee/sites/default/files/contenteditors/Lapsed_ja_pered/Asendushooldus/ah_rr_dets_2014.pdf
- Sotsiaalministeerium. (2015). *Sotsiaalse turvalisuse, kaasatuse ja võrdsete võimaluste arengukava 2016-2023*. https://www.sm.ee/sites/default/files/contenteditors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalse_turvalisuse_kasatuse_ja_vordsete_voimaluste_arengukava_2016_2023/heaolu_arengukava_hetkeolukorra_ulevaade_2015.pdf
- Sotsiaalministeerium. (n.d.). *Erihoolekandeesutuste reorganiseerimise seletuskiri*.
 Loetud aadressil
http://www.struktuurifondid.ee/public/Meede_251_SELETUSKIRI.pdf
- Statistikaamet. (2015). *Millest koosneb puudega inimeste sotsiaalne kaitse?*.
<https://statistikaamet.wordpress.com/tag/puudega-inimesed/>
- Tallinna vaimse Tervise Keskus. (s.a). *Rehabilitatsioonimeeskond*. Loetud aadressil
<http://www.vaimnetervis.ee/uksused/rehabilitatsioonimeeskond/>
- Tõnisson, U., Salumaa, M., & Klaassen, A. (2011). Probleemse käitumise ja juhendamise hea tava käsiraamat. MTÜ Hoolekande Ekspertiisi- ja Nõustamiskeskus. Loetud aadressil
http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/public/erihoolekanne/hea_tava_kasiraamat.pdf
- Vaimne Tervis. (11.06.2015). Loetud aadressil
<http://www.terviseinfo.ee/et/valdkonnad/vaimne-tervis>
- Ülevaade Vaimse Tervise probleemidest. (2015). Loetud aadressil
<http://www.terviseinfo.ee/et/valdkonnad/vaimne-tervis/ulevaade-vaimse-tervise-probleemidest>

Lisa 1. Ankeetküsitlus

I. Üldküsimused:

1. Kui kaua olete töötanud rehabilitatsioonimeeskonnas, kelle sihtgrupiks on psüühilise erivajadusega tööealised isikud?

- 0-2 aastat
- 2-5aastat
- 5-7 aastat
- 7-... aastat

2. Mitme hoolekandenasutuseses elava isiku rehabilitatsioonivajaduste hindamise ja plaani koostamise protsessis Te olete sotsiaaltöötajana osalenud?

- 1-3
- 4-6
- 7-9
- 10 või enama

3. Mitmel juhul hindas meeskond vajalikuks alustada rehabilitatsioonisekkumistega, mis toetaksid asutusest välja liikumist ?

..... (saab ise kirjutada numbri)

II. Sotsiaaltöötajate valmisolek võtta endale juhtumikorraldaja roll:

1. Millisel põhjusel olete otsustanud just juhtumikorralduse meetodi kasuks rehabilitatsiooni protsessi läbi viies ning põhjendage oma vastust. (Valida saab mitu vastuse varianti)

- Klient vajab lisaks tavalisele sotsiaalnõustamisele ka meditsiinilist abi
- Juhtumikorraldus loob parimad võimalused kliendi naasmiseks tööturule

- Juhtumikorraldus protsess parandab kliendi funktsionaalseid oskusi
- Juhtumikorraldus annab kliendile võimaluse olla täieõiguslik kogukonna liige

2. Kust olete omandanud ettevalmistuse juhtumikorraldusmeetodi kasutamiseks?

- Ülikoolis oma eriala omandades
- Spetsiaalne kooolitus

3. Kas olete tuttav ka 2012. aastal Sotsiaalministeeriumi ja Tartu Ülikooli Pärnu kolledži poolt välja töötatud juhtumikorralduse juhistega?

- Jah
- Ei

3.1. Juhul kui vastasite eelmisele küsimusele jah, andke palun hinnang sellele juhisele ning põhjendage oma vastust. (hinnake viie palli süsteemis, 1-väga halb.... 5-väga hea)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Põhjendus:.....

- 4. Kuidas hindate enda kui juhtumikorraldaja oskusi järgnevate omadustega.
(Hinnake enda oskuseid 1-5 skaalal, 1... ei oska üldse, 5... oskan suurepäraselt)**

	1	2	3	4	5
Kliendi määratlemine					
Usaldusliku kliendisuhte loomine					
Kõikehõlmav individuaalne hindamine					
Teenuste planeerimine					
Seostamine soovitud teenuste ja ressurssidega					
Teenuste osutamise jälgimine					
Süsteemi ressursside arendamine					
Oskuste arendamine					
Kriisi ennetamine ja sekkumine					
Abi käitumise kontrollimisel ja juhtimisel					
Toetav nõustamine					
Perekonna toetamine ja harimine					
Avalik/professionaalne harimine					

- 5. Mida sooviksite eraldi välja tuua seoses juhtumikorralduse meetodi kasutamisega rehabilitatsioonitöö kontekstis?**

.....

III. Kliendi oskus kasutada juhtumikorraldusest tulenevaid teenuseid:

- 1. Tuginedes oma senistele kogemustele, kuidas hindate koostööd kliendi igapäevaelu mõjutavate asutuste ja võrgustikuga: (lähedased, KOV) (hinnake viie palli süsteemis, 1-väga halb koostöö..5- väga hea koostöö.**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

1.1. Juhul kui hindasite koostöö klienti puudutavate asutuste ja võrgustikega hindegas 3 või madalam, siis tõmmake ring ümber takistustele, mis segavad paremat suhtlust.

- Võrgustiku vähene huvi klienti käekäigu vastu
- Harva toimuvad kohtumised/arutelud klienti olukorra arutamiseks
- Puudub otsene tööülesanne, mis reguleeriks sisulise koostöö tegemist eri ametkondade vahel

2. Andke omapoolne hinnang kogukonda elama asuva klienti võimaluste kohta.

	Väga hea	Hea	Keskmine	Kehv	Väga halb	Ei oska hinnata
Sotsiaaleluruum/toetatud elamine						
Töötamise toetamise teenus						
Õppima asumine						
Väljaõpe töökohal						
Erivajadustega arvestav hobitegevus						
Erihoolekandeteenused						

3. Mis soodustab kogukonnapõhises hoolduses kõige rohkem klientide integreerumist ühiskonda? (Valida saab mitu vastuse varianti)

- Klient saab mitmekülgset abi erinevate teenuste näol
- Juhtumikorraldus võimaldab paindlikku sekkumisestrateegiat
- Aitab kliendil paremini mõista oma tugevusi ja võimalusi
- Seob klienti nii kogukonna ressursidega kui ka ühiskonnaga tervikuna

4. Mis takistab kogukonnapõhises hoolduses kõige rohkem klientide integreerumist ühiskonda? (Valida saab mitu vastuse varianti)

- Tugiteenuseid oleks vaja rohkem kui riik raha eraldab
- Teenuse järjekord on liiga pikk
- Asjaajamine liiga keerukas
- Puudus erialaspetsialistidest
- Muu

5. Kuidas hindate kliendi kaasatust juhtumikorralduse protsessis? (hinnake viie palli süsteemis, 1..kliendi kaasamine on ebapiisav, 5...klient on alati igal sammul kaasatud teda puudutavasse protsessi) Palun põhjendage!

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Põhjendus:.....

6. Kuidas on teie hinnangul kogukonnapõhise teenuse kasutuselevõtt parandanud inimese toimetulekut? (hinnake viie palli süsteemis, 1-üldse pole..5-on väga palju parandanud)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Lisa 2. Psüühilise erivajadustega täiskasvanutele rehabilitatsiooniteenuseid pakkuvad hoolekandeesutused.

Sotsiaalkindlustusameti (2016) andmetel pakuvad 05.03.2016. aasta seisuga Eestis psüühilise erivajadusega täiskasvanutele rehabilitatsiooniteenuseid 45 hoolekandeesutust. Need oleksid järgmised: MTÜ Sotsiaalne Kaasatus; Astangu Kutserehabilitatsioonikeskus; Helxu OÜ; SA Maarja Küla; Narva Sotsiaaltöökeskus; SA Pärnu Haigla; MTÜ Reipa Sammuga; Ambromed Grupp OÜ; MTÜ Süda-Eesti Sotsiaalkeskus; MTÜ Life Factor; MTÜ Provida Nõustamis- ja rehabilitatsioonikeskus; MTÜ Ühiselt; AS Põlva Haigla; SA Rapla Haigla; Tallinna Vaimse Tervise Keskus; MTÜ Võru Päevakeskuse Ühing; SA Jõhvi Haigla; Tallinna Tugikeskus Juks; MTÜ Tartu Maarja Tugikeskus; OÜ Rehabilitatsioonikeskus Pesakast; OÜ AJK Kliinik; Pärnu Erivajadustega Inimeste Rehabilitatsioonikeskus; AS Rakvere Haigla; AS Järvamaa Haigla; SA Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskus; SA Otepää Tervisekeskus; Marienthali psühhiaatria ja psühholoogiakeskus; MTÜ Saaremaa Puuetega Inimeste Koda; MTÜ Kambja Tervisekeskus; AS AA-LAN; Herim OÜ; SA Viljandi Haigla; SA Koeru Hooldekeskus; SA Perekodu; AS Lõuna-Eesti Hooldekeskus; MTÜ Lõuna-Eesti Erihooldusteenuste Keskus; Päevakeskus Käo; OÜ Bra; Adeli Eesti OÜ; MTÜ Iseseisev Elu; Haapsalu Neuroloogiline Rehabilitatsioonikeskus; AS Hoolekandeteenused Valkla kodu; Otepää Rehabilitatsioonikeskus; Meremõisa Rehabilitatsioonikeskus, Dorpat Tervis OÜ.

SUMMARY

ESTONIAN MENTAL HEALTH REHABILITATION TEAMS SOCIAL WORKERS PREPAREDNESS TO USE THE CASE MANAGEMENT METHOD IN CARRYING OUT THE DE-INSTITUTIONALIZATION

Ann Tuulikki Jürgenstein

The last two decades have seen a growing trend towards mental health problems. Today many countries use approach of community-based treatment (de- institutionalization) in the rehabilitation of mental disorders. The main aim of community-based treatment is the normalization of human health and participation in society.

In 2012, The European Expert Group issued the Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care. These guidelines provides implementation of de-institutionalization by the support of case management method to coordinate community mental health services. All European Union members, including Estonia, must follow these instructions at national, regional and local level. However, community-based treatment in Estonia has accentuated the problem of mental health rehabilitation client's poor enforcement on the use of case management services and social workers lack of preparation to take on the role of case manager.

Therefore, this research examines the emerging role of case-management method in the context of de-institusionalization in Estonia.

What we know about de-institusionalization and case management method is largely based upon empirical studies, mainly from Canada and other welfare states, that investigates how community-based treatment affects mental health clients and what kind of services are needed the most. In Estonia, there have been very few researches about the organization of community-based service and case management.

A quantitative research approach was chosen to ensure complete anonymity of the participants, and it was also helpful to reach as many respondents as possible. The data analysed in stages: data collection, data processing and interpretation, text analysis. All analyses were carried out using Microsoft Office program Excel.

A random sample of 32 social workers were recruited from 45 mental health rehabilitation teams all over Estonia. Data were collected using Google Forms internet survey. The questionnaire was divided into 3 parts: general questions, clients enforcement in case-management method and social workers preparedness to be a case manager.

The results indicate that rehabilitation client's poor enforcement on the use of case management services is caused by lack of community services for people with mental disability. Responders fineded this is due to the insufficient allocation of funds by the State. In adission, client's enforcement is also affected by the way they are involved in the rehabilitation process. This study showed that customers' lack of motivation and will is negatively affecting clients desire to heal and is also the highlighted probleem in client's enforcement in rehabilitation process.

Respondents were aseked to assess their competence as case manager. The results were quite surprising. Social workers assessed their compentence better with tasks that are related to informing and advising the customer and his family, than dealing with functions, which results depend on the client's own motivation and the will to get help.

Overall, these results suggest that the method of case management is suitable for carrying out the process of de-institutionalization, however there are many obstacles regarding to the de-institusionalization organizational sides at the national level. The findings of this thesis could be used to develop a process of de-institutionalization in Estonia.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Ann Tuulikki Jürgenstein

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

Eesti vaimse tervise rehabilitatsioonimeeskondade sotsiaaltöötajate valmisolek kasutada juhtumikorraldusmeetodit deinstitutsionaliseerimise läbiviimiseks

mille juhendaja on Kandela Õun ja kaasjuhendaja Külli Mäe

1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Pärnus, 18.05.2016